

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

EDOUARD TRUBERT

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), le 17 Novembre 1902

Ancien interne pr. des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE

ET DE

LA MYTHOMANIE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

1000

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

EDOUARD TRUBERT

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), le 17 Novembre 1902

Ancien interne pr. des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE

ET DE

LA MYTHOMANIE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCC.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.
CHABROL.	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC.	Pathologie médicale.
DEBRÉ.	Hygiène.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE.	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
METZGER.	Obstétrique.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PHILIBERT.	Bactériologie.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils.	Physiologie.
SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER.	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obsiétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
[LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.]
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

A MES AMIS

A TOUS MES PARENTS

A NOTRE MAITRE, M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HÔPITAL

SAINT-ANTOINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de reconnaissance
pour tout ce qu'il nous a ensei-
gné, et pour l'honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR F. ACHILLE DELMAS
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES ASILES
DIRECTEUR DE LA MAISON DE SANTÉ D'IVRY-SUR-SEINE

*Ce travail représente l'exposé de sa
conception de l'hystérie-simulation
morbide, et de la mythomanie-
pathologie de la vanité.*

*Avec l'hommage de mon admira-
tion, je le prie d'agréer l'assuran-
ce d'un affectueux dévouement,
et l'expression de ma vive grati-
tude pour son aide très précieuse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

M. LE DOCTEUR TIXIER
MÉDECIN DE LA CHARITÉ

M. LE DOCTEUR GUILLEMOT
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL
ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE DOCTEUR CROUZON
MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

Internat provisoire :

M. LE DOCTEUR RENÉ BENARD
MÉDECIN DE L'HOSPICE D'IVRY

Avec l'expression de mes remerciements pour son amabilité et sa bienveillance permanentes et l'assurance de mon respectueux attachement.

AVANT-PROPOS

Position de la Question

L'hystérie, observée de tous temps et dans tous les pays, constitue une affection encore mal définie et remplie d'inconnues.

Son histoire montre qu'elle a subi des fortunes diverses : grandiose au Moyen Age, d'une richesse sans égale à l'époque « héroïque » de Charcot — effacée ensuite — elle présenta un renouveau durant la guerre.

Depuis que M. Babinski a révélé le caractère factice de ses manifestations, celles-ci sont devenues moins fréquentes et moins bruyantes : les médecins plus avertis et plus méfiants ont évité sa « culture » et sévi contre la tricherie évidente.

A l'heure actuelle, sans éclat, elle est surtout une « hystérie complémentaire », une hystérie « qui s'associe ». Elle demeure cependant à l'ordre du jour, car cette maladie, que Lasègue se refusait à définir, pose des problèmes multiples et passionnants. Son étude amène à en-

visager, parmi d'autres questions, celles de la suggestibilité et de la croyance, de la volonté et de l'impulsivité, de la conscience et de la véracité, la discussion des rôles comparés des mobiles d'ordre intellectuel ou d'ordre affectif et encore celle du retentissement plastique d'un état mental sur les fonctions corporelles.

Nous rappellerons, avant d'approfondir ces problèmes, que trois principaux courants d'idées sont en présence pour l'explication de la nature de l'hystérie.

Toutes les théories, d'ailleurs, font à l'auto-suggestion une place plus ou moins importante.

1) La doctrine la plus couramment admise : le pithiatisme, assigne à l'auto-suggestion, selon la définition de M. Babinski, un rôle prépondérant sinon exclusif dans la genèse des accidents hystériques.

La « suggestivité » de M. Janet (avec ses corollaires « distractivité », « automatisme psychologique ») ; l'hyperimaginativité (Hartenberg), la mythomanie (Dupré et Logre) accordent encore une part très grande à l'auto-suggestion.

2) Les psychanalystes ont réédité l'antique légende sexuelle de l'hystérie. Les signes pathologiques ont, dans cette conception, la valeur de symboles d'un état psychosexuel refoulé.

3) Une tendance nouvelle se déclare depuis peu : divers auteurs se sont orientés vers la recherche d'un substratum neurologique et biologique, ramenant ainsi la

discussion entre les syndromes fonctionnels et les syndromes d'origine lésionnelle.

Parcourir l'hystérie dans toute son étendue nous entraînerait à un travail trop considérable. Nous avons été obligé de nous limiter et, en particulier, nous avons dû renoncer à discuter la théorie sexuelle remise en honneur par la « Libido » freudienne. Il nous est impossible d'entreprendre ici tout le procès du freudisme, mais il est indispensable de rappeler que nombre de psychiatres se rallient de plus ou moins près à cette doctrine. Parmi les auteurs français nous signalerons le D^r Hesnard et le D^r Voivenel, que nous aurons occasion de citer à maintes reprises. Pour Hesnard, la raison de l'hystérie est dans une « déviation constitutionnelle de l'instinct amoureux, sorte de narcissisme faussement altruiste ». M. Voivenel, de son côté, dit que les hystériques sont « ou des frigides, ou des perverses, ou des chastes ».

Nous nous sommes placé, dans notre contribution personnelle à un point de vue à la fois psychologique et psychiatrique. En effet, pour résumer notre pensée, dès maintenant, nous faisons dériver l'hystérie, variété de mythomanie, de l'hypertrophie et de la perversion d'une disposition affective-active (« sociabilité ») existant chez tous les humains. Nous espérons donc présenter des données nouvelles.

Nous devons les idées que nous défendons ici à notre maître M. Achille Delmas. Déjà en 1920, dans un article sur « La psychologie pathologique de la guerre » pa-

rue dans la « Revue philosophique » (juin 1920), notre maître avait esquissé, d'après les très belles observations du P^r Georges Dumas publiées dans ses « Troubles nerveux et mentaux de guerre », une discrimination entre les phénomènes de mécanisme sûrement pithiatique et les accidents d'origine mythomaniacale.

D'autre part, il a énoncé sa théorie de la mythomanie, perversion de la « sociabilité » en 1922 dans

LA PERSONNALITÉ HUMAINE (1)

rédigée en collaboration avec M. Marcel Boll.

Acceptant avec enthousiasme sa doctrine des dispositions affectives-actives, correspondant aux constitutions psychopathiques, nous l'avons prié de nous permettre de développer sa conception de la mythomanie.

Non seulement le D^r Achille Delmas nous a autorisé, avec une grande bienveillance, à utiliser ses pages inédites sur la « Psychose mythomaniacale », mais encore, c'est grâce à ses conseils répétés que nous avons pu réaliser ce travail et c'est parce que nous nous sentions soutenu par son appui permanent que nous avons osé attaquer le problème énorme de l'hystérie, sur lequel on a déjà tant écrit.

Il nous est infiniment agréable de le remercier ici une fois de plus pour son aide affectueuse, d'un appoint si précieux.

Puisse notre travail reproduire fidèlement ses idées.

(1) Un volume, Flammarion, éditeur.

Nous aurions pu, en accentuant à peine notre pensée, intituler ces notes :

Pathologie de la vanité

Prétendre faire découler la mythomanie d'une vanité morbide, cela semble étonnant au premier abord. Et nous même n'avons pas accepté instantanément cette opinion : à la réflexion, c'est celle-là qui nous a conquis, à l'exclusion des autres.

Il y a loin, croirait-on, du désir de paraître à la simulation d'un syndrome pathologique ? Or, c'est par d'insensibles transitions qu'on franchit les différents stades qui séparent les degrés légers de la mythomanie de la « simulation du pathologique ».

Nous reconnaissons que la notion simple en apparence d'hypertrophie et de déviation de la vanité se voile rapidement, tant est complexe la personnalité du mythomane. Pourtant, si l'on prend la peine de dissocier dans cette personnalité ce qui revient aux autres dispositions affectives (avidité-activité-émotivité-perversité), la vanité s'avère facteur essentiel.

Nous tâcherons à le démontrer dans cette thèse.

Cette conception énoncée dans la *Personnalité Humaine* semble avoir été adoptée intégralement par M. Maurice de Fleury. L'éminent psychiatre, dans son si bel ouvrage « *Les Fous, les pauvres fous* » emploie le terme de « vanité cabotine » à propos des hystériques et déclare : « Pour qui la connaît bien (la constitution mythomania-

que) elle est, en vérité, des phénomènes hystériques la raison nécessaire et suffisante ».

Rappelant la notion de « sociabilité » (1°) M. de Fleury conclut :

« Sans aucun doute la psychose mythomaniacale est du domaine affectif et non pas du domaine proprement intellectuel ».

Dans ce travail, notre effort a porté sur les principaux points suivants :

1° Délimitation du cadre des phénomènes d'origine sûrement auto-suggestive (= Pithiatisme).

2° Critique — en dehors de ces cas — de la « suggestibilité » des hystériques.

3° Nous avons tenté de rattacher à la constitution mythomaniacale les accidents dits hystériques, ne répondant pas rigoureusement à la définition du pithiatisme.

4° L'hystérie « simulation morbide » nous a conduit à l'étude de la mythomanie. A propos de la discussion de la nature de la mythomanie nous avons exposé notre conception, c'est-à-dire celle de notre maître Achille Delmas.

5° Convaincu de la nécessité de limiter le domaine de l'hystérie à la simulation morbide, nous avons poussé davantage son démembrement et proposé une classification en accord avec nos théories.

(1) Achille Delmas et Marcel Boll en entendent par sociabilité :

Disposition à intéresser les autres à soi, à conquérir leur sympathie ou leur bienveillance, par opposition à la bonté qui a pour effet de donner sa sympathie, de s'intéresser aux autres.

CHAPITRE I

L'Evolution des idées au sujet de l'Hystérie

De la légende au domaine de la psychiatrie

L'histoire des conceptions de l'hystérie est complexe, embrumée. Nous en ferons un rapide exposé. D'innombrables pathogénies ont été proposées à son sujet : autant d'auteurs, pourrait-on dire, autant de théories.

L'hystérie est, à son origine, aux confins de la légende et a conservé, à travers les siècles, un caractère mystérieux.

Jusqu'au XIX^e siècle, elle a représenté la maladie troublante, inexplicable, dans laquelle on groupait un assemblage indéfini de signes bizarres, extraordinaires et déroutants.

Hippocrate, traitant de la « suffocation hystérique » la considère comme une maladie exclusivement féminine qui résulterait de l'abstinence d'un organe (l'utérus) soustrait à ses fonctions naturelles.

Ce non assouvissement de l'instinct génital demeurera

pendant une centaine d'années le principe de la plupart des théories.

Cette idée, que Platon énonçait de manière fantaisiste — dans le *Timée* — (« utérus déambulant dans tout le corps comme un animal en chaleur ») fut pourtant très tôt combattue et Galien déjà, décrivant les mêmes troubles chez l'homme, invoquait une théorie humorale.

Durant l'ère entière du mysticisme moyenâgeux (VI^e au XV^e siècles) l'hystérie, parmi les ténèbres de l'occultisme, fait redouter une manifestation surnaturelle, singulièrement de la possession diabolique.

Ce n'est qu'au XVII^e siècle, avec Sydenham, que commence l'analyse des signes cliniques. Sydenham, le premier, signale l'aptitude de l'hystérie à imiter toutes les maladies ; il l'attribue « au désordre », « au mouvement irrégulier des esprits animaux » (ce qui rappelle la doctrine de Descartes) dont l'origine première serait dans un « mouvement violent de l'âme ».

Les auteurs, vers 1700-1750, à l'époque des « vapeurs » parlent de « raccornissement des nerfs ».

Du temps de Mesmer (1780) les discussions sont vives à propos du « magnétisme animal ». Dès ce moment, certains pensent à l'importance de l'imagination « mise en activité » et de l'« imitation machinale ». Cette notion, sur laquelle insista Franklin, disparut pour longtemps dans l'oubli.

Au XIX^e siècle, l'étude devient plus scientifique : l'aspect mystérieux de la « névrose » se dissipe.

Georget (1821). — élève d'Esquirol — met en vedette le rôle des causes morales et des contrariétés, conclut à une « susceptibilité particulière » du système nerveux.

Briquet (1859) fait une description clinique remarquable et expose une théorie cérébrale. Remarquons qu'il a décrit surtout des phénomènes « nerveux », qu'aujourd'hui nous rapporterions à l'hyperémotivité.

Avec Charcot, l'hystérie touche à son apogée. C'est la période de « construction nosologique », période « héroïque, « bruyante ». L'Ecole de la Salpêtrière (Charcot, secondée de Gilles de la Tourette-Brissaud-Richer) fait de l'hystérie une « entité morbide », demeurant « une et indivisible » à travers ses manifestations les plus disparates. Dans ses premières leçons (1868), la conception de Charcot est purement neurologique : l'hystérie serait une sorte de trouble de la synthèse des fonctions respectives des centres nerveux, qu'expliquerait un « engourdissement » du système nerveux central ». C'est aussi la théorie première de Pierre Janet — que rappelle encore la thèse du « sommeil pathologique » de Sollier (1902) avec ses « phénomènes d'arrêt » son « inhibition des fonctions de l'écorce cérébrale ».

Vers la fin de son enseignement, sous l'influence des idées de Janet, Charcot aboutit à la conception d'une « maladie mentale », maladie « par représentations ». Notons que Charcot tenait grand compte du rôle des émotions et des causes morales. Il a insisté sur la disposition des hystériques à l'imitation, à l'exagération, et surtout il a affirmé l'importance du rôle des idées fixées dans l'esprit. Ainsi s'introduit dans l'interprétation des

faits la notion de suggestion. C'est le germe des discussions ultérieures.

Grâce au prestige de la Salpêtrière, l'hystérie devient la maladie à l'ordre du jour ; partout les curiosités s'éveillent : médecins et philosophes s'y intéressent passionnément.

L'édifice nosologique est construit ; on va s'adonner désormais à l'analyse et à l'interprétation.

Janet, dans une succession d'ouvrages très importants et très remarqués, établit sa doctrine de l'inconscient à l'origine des « névroses ». Il étudie, notamment, l'automatisme psychologique, l'amnésie partielle, l'idée fixe subconsciente, la tension psychologique, le rétrécissement du champ de la conscience, etc... et ramène les troubles de l'hystérie à une modification de la personnalité. Il admet « une disposition mentale, originelle ou acquise, à la diminution de la synthèse et à la désagrégation de l'esprit ». « L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ».

Freud, élève de la Salpêtrière et aussi de Bernheim, séduit par la doctrine de Janet sur l'inconscient, admet comme lui la dissociation de la personnalité. Il crée la psychanalyse et vers 1900 fait reparaître grâce à sa « Libido » la vieille légende sexuelle de l'hystérie.

Cependant que Pitres à Bordeaux, fidèle à la conception de Charcot, analyse les divers aspects cliniques de l'hystérie, Grasset à Montpellier, partant des idées de Janet, fait de l'hystérie une maladie psychique dépendant d'altérations du polygone (selon son schéma) et de ses

communications avec le centre O (centre psychique supérieur).

Brusquement le dogme de la « grande névrose » est ébranlé.

L'école de Nancy, Bernheim après Liébault, commence la critique et montre que l'hystérie n'est qu'un assemblage de symptômes disparates.

Bernheim donne à la suggestibilité le rôle prépondérant dans la « diathèse hystérique ». Mais c'est à Babinski que revient l'honneur de la critique complète et définitive de la conception classique : l'illustre neurologue sépare à tout jamais les signes hystériques des troubles nerveux organiques. Il propose sa définition du pithiatisme (Société de Neurologie, 7 nov. 1901) qui comprend les phénomènes pathologiques créés par suggestion et curables par persuasion. La suggestion devient dès lors, pour la plupart des auteurs, la cause nécessaire et suffisante de l'hystérie.

A la suite de Babinski on s'efforce de préciser cette suggestibilité. On s'attache beaucoup plus à la mentalité de l'hystérique qu'à la description de la symptomatologie corporelle.

Hartenberg met en évidence le rôle de l'imagination constructive.

Dupré décrit la mythomanie ou « tendance constitutionnelle à l'altération de la vérité, à la fabulation, au mensonge, à la simulation, et fait rentrer l'hystérie dans ce cadre. Avec son élève Logre (Congrès d'Amiens, 1912) il reprend les notions de la suggestibilité et de l'hyperimaginativité — que Logre développe très brillamment

dans le « Traité de Pathologie Médicale et de thérapeutique appliquée » (1921). Cette « suggestibilité du pathologique », forme très spéciale de suggestibilité est rattachée à la pathologie de l'imagination : « L'hystérique est un mythomane qui fabule surtout avec son corps »... La suggestion pour être objectivée physiologiquement entraîne la conception d'une « psycho-plasticité » relevant d'une disposition constitutionnelle psycho-somatique.

En résumé, l'étude de l'hystérie, par étapes éloignées, est passée du domaine de la légende à celui de la médecine, puis de la médecine générale (plus spécialement de la neurologie) au domaine de la psychiatrie.

L'accord semble fait sur cette conclusion : l'hystérie est avant tout un état mental. Toutefois, ces temps derniers une orientation nouvelle s'est dessinée : on a abordé le problème avec une manière de voir biologique plus que psychologique...

CHAPITRE II

Que reste-t-il actuellement de la grande Névrose ?

Le Caractère « artificiel »

de la Majorité des Syndromes dits Hystériques

Dans ce chapitre, après l'étude des « démembrements successifs » de la « grande névrose », et le rappel des syndromes actuellement admis dans l'hystérie, nous voudrions montrer le caractère artificiel de la plupart des signes, c'est-à-dire l'absence de leur réalité intrinsèque. Nous distinguerons, bien entendu : l'hystérie « pure », où il s'agit, pour nous, le plus souvent, de la création de simples faits simulés — et l'hystérie « co-organique », où la mentalité hystérique ne fait qu'apporter son complément d'exagération.

Nous ne parlerons pas des syndromes nerveux réflexes ou physiopathiques (Babinski et Froment), chapitre si obscur et si discuté et qui nous semble devoir être soustrait à la catégorie des syndromes hystériques.

Nous donnerons, autant que possible, des citations, afin d'éviter le reproche d'avoir « truqué », en vue de fins utiles, la sémiologie.

Il y a dans l'aspect de l'hystérie une sorte de « plasticité » par rapport aux mœurs à la date d'apparition des signes.

« L'hystérie, écrit Hesnard, varie suivant le milieu. Non seulement l'hystérie des primitifs n'est pas celle du civilisé, mais, elle diffère d'une salle à l'autre. Celle d'aujourd'hui n'est pas comparable à celle du siècle dernier ou du moyen âge (1).

Nous commencerons notre étude à partir de Charcot. En effet, chaque auteur pourrait interpréter à sa guise les « vapeurs » du XVIII^e siècle, ou les « épidémies » si fréquentes au moyen âge (2)...

A l'époque de Charcot, l'hystérie brilla d'un éclat incomparable. « Jamais maladie ne fut plus complètement et dans tous les sens du mot créée par un auteur » (Logre). La « grande névrose » était considérée comme ayant une physionomie clinique assez fixe, avec des *stigmata permanentes*, se développant à l'insu du malade et des *accidents* accessoires, passagers, occasionnels, mobiles.

Les séances de présentation à la Salpêtrière, grâce à des sujets bien « éduqués » étaient vraiment splendides et impressionnantes : les prodiges incohérents de Saint-

1^o L'inconscient.

2^o Nous nous contenterons de souligner la « fantaisie » que l'on peut retrouver dans la majorité de ces épidémies. A titre d'exemple, l'épidémie des Nonnains (1550) où les femmes bêlaient et grimpaient aux murailles ou se livraient à des danses bizarres et frénétiques.

(cité par Benon).

Médard se trouvaient éclipsés par les belles crises convulsives paroxystiques, crises à grand spectacle et « bien réglées comme un ballet ». Sur commande, au coup de gong ou par la pression sur une zone hystérogène (région ovarienne par exemple, — mais les « zones » étaient multiples) on voyait le déroulement de la crise.

Le sujet après l'Aura attendue se roulait en secousses épileptiformes. Des secousses clowniques y faisaient suite. Puis la femme, théâtralement, mimait une attitude passionnelle et l'on comprend que Freud se soit laissé impressionner au point de voir en ces gestes le symbole d'un amour éperdu et un « équivalent du coït ».

Quatrième partie du tableau : la malade délirait ensuite, mais revenait à la réalité brusquement, nous oserions dire dès qu'elle en avait assez.

D'autres manifestations se déclenchaient selon le bon plaisir du médecin et le consentement de la malade : spasmes, tremblement, baillements, tics, tout cela sur le mode rythmé.

Dans l'intervalle des crises on trouvait autant de « stigmates » que l'éducation des malades permettait d'en obtenir : Hémianesthésie ou hémihyperesthésie, troubles sensoriels divers, troubles de la perception des couleurs, rétrécissement du champ visuel, etc...

C'était aussi la belle époque de l'hypnotisme, et grâce à l'hypnose, on déterminait des personnalités dédoublées, des états seconds, on remontait dans la vie antérieure des sujets...

A la Salpêtrière, centre de culture, non seulement intervenaient la suggestion et l'exemple, mais une vérita-

Une émulation parmi ces équipes de « professionnelles » de l'hystérie. La « grande simulatrice » réalisait n'importe quel syndrome et l'on put décrire en plus des accidents neurologiques classiques : des maux de Pott hystériques, des œdèmes, pemphigus, gangrène, fièvre, anurie, vomissements incoercibles, hématoméses, etc... etc...

Sur cette époque fameuse et bruyante, certaines remarques de témoins donnent à réfléchir. Nous relevons par exemple dans un article de la *Vie Médicale* (1923) des souvenirs du Dr P. Gallois :

« Les expériences de Charcot sur les hystériques n'avaient rien de convaincant et manquaient d'esprit critique... les malades étaient des sujets déjà éduqués... Les preuves de simulation n'étaient pas acceptées comme telles... »

Charcot endormit un jour d'un coup de gong six hystériques qui ont été reproduites dans un dessin de Paul Richer. Puis il les réveilla en leur soufflant sur la figure. Or, au moment où il allait souffler sur la figure de la 4^e, celle-ci et la 5^e se mirent à rire et de façon si manifeste que l'hilarité gagna tout l'amphithéâtre. Or, Charcot continua imperturbablement sa leçon comme si rien d'anormal ne s'était passé ».

A la mort de Charcot, la vaste épidémie, supérieure à celle des siècles passés, déclina pour s'éteindre progressivement.

L'hypnotisme passa de mode, les grandes crises s'atténuèrent. Ce fut une rareté, même dans les services spécialisés que d'observer une crise pathétique, et les

moyens de coercition énergiques les faisaient cesser, ou en empêchaient la reproduction.

L'hystérie ne fut plus qu'un syndrome vague, polymorphe et indéfini. Il eût fallu être très inventif et artiste habile pour créer du nouveau en hystérie. Notre possibilité d'imitation est limitée : tout a été déjà réalisé, depuis qu'il y a des hommes et qui simulent.

Dans cet édifice monumental, Babinski, sur le terrain exclusif de la clinique, isole et définit le Pithiatisme. Il s'est attaché à montrer le caractère artificiel du syndrome laborieusement construit à la Salpêtrière. Exposant sa « conception moderne » de l'hystérie, il fait une révision systématique des syndromes hystériques. Il démontre, en particulier, que l'hystérie ne réalise pas n'importe quel tableau, mais — malgré l'infinie variété des détails individuels — un assez petit nombre de signes cliniques, lesquels peuvent être reproduits par la volonté.

Il élimine bon nombre de signes étranges qu'il a prouvé être dus à la supercherie. Multipliant, d'autre part, les éléments de diagnostic qui permettent de distinguer avec certitude (et pour n'en citer qu'un : son signe de l'orteil) les phénomènes provoqués par des lésions organiques des phénomènes pithiatiques, il a réalisé ainsi un « *démembrement* » de la « Grande Névrose ».

Il rejette, notamment, les troubles circulatoires et thermiques, les altérations trophiques, les troubles sécrétoires et viscéraux et les modifications des réflexes.

Le retentissement considérable de la doctrine de Babinski a déterminé un immense progrès. Depuis l'ère du pithiatisme l'importance neurologique de l'hystérie a

bien diminué ; les accidents se sont nettement atténués, autant dans leur intensité que dans leur fréquence.

Que reste-t-il de l'hystérie

Les multiples manifestations plus ou moins fantaisistes de l'hystérie traditionnelle ne se rencontrent plus. Successivement on a distrait de ce cadre :

1° Des accidents dus à une *supercherie évidente*, tels que les faux œdèmes, les lésions par caustiques, etc...

2° Des accidents de *culture médicale*,

par exemple les fameux stigmates « menue monnaie neurologique » de l'hystérie (Logre). (Rappelons, toutefois, que leur apparition sous la suggestion médicale est considérée par la majorité des auteurs comme un critère de suggestibilité).

3° *Le sommeil et les manifestations diverses de l'hypnose* ne sont plus guère autre chose qu'un jeu de société (Logre). Les auteurs sont d'accord pour considérer que le sommeil hypnotique a été, pour la plupart des cas, un de ces accidents artificiels dus à la culture médicale et à la supercherie des sujets. Dupré l'a définitivement condamné en tant que procédé thérapeutique et procédé d'investigation sémiologique quand il a dit : « L'hypnotiseur et l'hypnotisé forment un couple morbide indissoluble, où le sujet le plus intéressant pour l'aliéniste n'est pas l'hypnotisé » (1).

(1) Voir Marcel Boll : *Grandeur et décadence de l'hypnotisme* (Mercur de France, 15 mai 1926).

4° D'autres accidents ressortissant à des affections nosographiquement distinctes de l'hystérie en ont été séparés :

Le somnambulisme a été rapporté suivant les cas, soit à la supercherie, soit à l'épilepsie, soit à des cauchemars toxiques.

Le dédoublement de la personnalité relève du mal comitial ou d'une psychose périodique (mystification mise à part).

Pitres a rattaché *l'automatisme ambulateur* aux états seconds épileptiques ou aux fugues alcooliques ou obsessionnelles.

Certaines *hallucinations hystériques* semblent appartenir à la confusion mentale.

Par ignorance ou imprudence on attribuait à l'hystérie tous les accidents neurologiques de nature non évidemment organique. L'on doit s'efforcer de restreindre le plus possible ce domaine.

Que reste-il alors ?

Des troubles de la sensibilité, des paralysies, des contractures, des troubles sensoriels, et surtout la crise « minor ». Toutes ces manifestations ont des caractères tellement artificiels, tellement suspects, qu'on hésite à conserver une description sémiologique propre à l'hystérie.

Tout est possible en hystérie. Mais chacun y manœuvre selon ses aptitudes. Certains troubles plus faciles à réaliser que d'autres sont plus souvent que ces derniers l'objet de la préférence de l'hystérique. Un esprit averti doit y découvrir des caractères révélateurs. Des exemples ?

LA CRISE. « Les hystériques d'à présent n'ayant plus la tradition, se contentent de nous donner des convulsions désordonnées aussi violentes, aussi dramatiques, aussi émouvantes que possible » (Maurice de Fleury). Le sujet la prépare, la désire en quelque sorte. Ne perdant pas connaissance, il a bien soin de ne se faire aucun mal en tombant. Et quels gestes ! L'arc de cercle, des sauts de carpe ! La crise survient quand la galerie est au complet (les jours de visite, à l'hôpital). Elle dure d'autant plus que le public est plus nombreux et plus attentif, que la scène en somme recueille plus de succès... Elle cesse quand le public ou l'acteur en a assez. Le contact avec la réalité est immédiatement repris. Procédé de défense facile contre toute contrariété ou tout souci, piège pour capter l'attention d'autrui, elle éclatera à tout propos et même hors de propos.

LES CONTRACTURES ? « Elles donnent à l'observateur qui cherche à les vaincre l'impression nette de l'intention de maintenir le signe contre son effort » (Hesnard).

LES MOUVEMENTS RYTHMIQUES ?

Tout ce que l'on peut imaginer : Geste de saluer, de danser, de pédaler, de conduire une machine à coudre, de forger, etc...

L'ANESTHÉSIE ? Plus apparente que réelle.

LES PARALYSIES ? « déficit moteur qui n'atteint ni les réflexes, ni la fonction très automatique du tonus ». D'un côté déficit moteur très électif, qui « respecte certaines suppléances ou compensations instinctives ; d'autre part pas assez électif, frappant d'impotence globale, massive,

des quantités de groupes musculaires sans communauté d'action physiologique » (Hesnard) (1).

Et quoi encore ?

L'AMNÉSIE « qui permet au sujet de ne plus penser à une période pénible de sa vie » ?

Voici d'autres citations de Hesnard (L'Inconscient) :

« Le malade abandonne pour un instant son symptôme dans les circonstances où il agit sans penser à sa maladie, par exemple quand il est seul et absorbé par quelque chose ou au cours d'une émotion violente, lorsque son instinct de conservation entre en jeu »...

« Dans l'existence ordinaire il s'adapte admirablement à lui, le présentant de façon assez allègrement ostentatoire, ayant recours à des trucs naïvement démonstratifs (il remorque, par exemple, son membre paralysé avec une ficelle)...

« Anesthésique des doigts, il brodera à la perfection ; convulsionnaire et apparemment obnubilé, il évitera le fragment de verre aux arêtes vives qui risquent de le blesser ; paraplégique, il déguerpit sous l'obus...

Quant aux syndromes à « formule psychiatrique » : « la maladie consiste avant tout dans les apparences physiionomiques et mimiques de la psychose, que le sujet réalise habituellement de façon outrancière et conformément aux motifs populaires de la Folie...

« Tout se passe, disait déjà Binet en 1892, comme si, quand on étudie un hystérique, on expérimentait sur le plus rusé des fourbes »...

(1) Les syndromes névropathiques (Hesnard).

« Les signes hystériques enfin guérissent presque toujours, spontanément ou sous l'influence du médecin... Ils guérissent surtout quand l'intérêt ou l'amour-propre du sujet entre en jeu et que celui-ci le comprend... »

— D'autres fois, ainsi que l'écrit Logre :

« Le tableau morbide créé de toutes pièces par l'imagination plastique, est de pure fantaisie, ne ressemble à aucune maladie connue, et dans son allure souvent extravagante, fait songer à une plaisanterie ou à une gaure ».

« Etranges malades, écrit-il encore : ils sont aveugles et ils voient, ils sont muets et ils parlent, anesthésiques et ils sentent, paralytiques et ils marchent »... « Plus on les étudie, plus on a l'impression claire et motivée qu'ils offrent à l'observateur le spectacle factice d'une maladie qu'ils n'ont pas... »

En manière de résumé, nous dirons que nous souscrivons entièrement à l'opinion du D^r Gallois (*Vie Médicale*, 1923) :

« Ce que l'on considère habituellement comme ses symptômes (de l'hystérie) ne lui appartiennent pas, pas plus que la coquille où se loge le bernard l'ermite n'appartient à ce crustacé. Dans l'hystérie, la maladie c'est un état mental ; les prétendus signes, ce sont des masques dont le choix dépend de la fantaisie du sujet ».

Il est bien certain que, en dehors de l'hystérie qui simule, de toutes pièces, il y a une « hystérie symptomatique », celle qui s'associe. Représentant même la plupart des cas, elle est une « hystérie complémentaire », dans laquelle l'élément hystérique se greffe sur un élément phy-

siologique ou lésionnel : associations hystéro-émotive, hystéro-organique, hystéro-physiopathique. Une maladie organique, nerveuse ou viscérale, générale ou locale, sera modifiée dans son aspect et son intensité, amplifiée, enjolivée, lorsqu'elle surgira sur un terrain hystérique.

CHAPITRE III

Le Pithiatisme et les Etats de Suggestibilité

Les hypothèses sont nombreuses qui se sont efforcées d'expliquer l'hystérie. Nous en avons déjà présenté un bref aperçu.

Depuis la « conception moderne » de l'hystérie-pithiatisme développée par Babinski, la très grande majorité des auteurs s'est ralliée à la théorie de l'auto-suggestion.

Les études de Janet sur la « suggestivité », les unes antérieures, les autres postérieures à celle de Babinski, les analyses psychologiques de Dupré et de Logre encore plus, ont approfondi cette conception. Malgré leurs divergences, nous nous croyons autorisé à discuter en un même chapitre ces conceptions dont l'assise fondamentale est la notion de « suggestibilité ».

EXPOSÉ :

Dès l'époque de Charcot ses collaborateurs avaient admis chez leurs sujets, à côté de l'aptitude à mentir et

l'habileté à jouer la comédie du pathologique, l'importance des idées fixées dans l'esprit et la suggestibilité.

Mais, c'est surtout Bernheim, de Nancy, qui pensa détenir la clef du problème grâce à la toute puissance qu'il accordait au facteur « suggestibilité ».

DÉFINITION DE M. BABINSKI.

Adoptant et précisant la doctrine de Bernheim, Babinski donna à la suggestibilité morbide le rôle prépondérant, sinon unique dans la genèse des accidents dits hystériques, et qu'il proposa de dénommer pithiatiques, en raison du mode fréquent de guérison (de $\pi\epsilon\iota\theta\omega$ je persuade et $\iota\alpha\tau\omicron\varsigma$, guérissable).

Le 7 novembre 1901 à la Société de Neurologie, il émettait la définition suivante :

« L'hystérie est un état psychique spécial rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez *certain*s sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs ».

LA « SUGGESTIVITÉ ».

Le P^r Janet, dès 1893, dans ses *Névroses et Idées fixes*, faisait intervenir l'auto-suggestion dans la genèse de la

plupart des accidents hystériques. Dans toute une série d'ouvrages, il est revenu sur ce point, précisant et complétant, renouvelant aussi ses conceptions.

Pour cet auteur « le caractère capital de la suggestion hystérique, celui qu'il convient de mettre au premier plan parce qu'il en implique d'autres, c'est son achèvement, sa perfection, sa réalisation complète ». Et il explique ce caractère d'achèvement, de réalisation, en concevant de manière très spéciale la « suggestivité hystérique » qu'il rapporte à la suggestion automatique.

Cette disposition que posséderait un sujet à réaliser, en dehors de la volonté et de la conscience, des idées qui présentent un caractère marqué d'automatisme et d'achèvement, impliquerait aussi une disposition connexe de « distractivité » et Janet parle de « suggestion par distraction ». Une idée pour déclencher la suggestion et s'isoler du reste de l'esprit ne le pourrait qu'en vertu d'un pouvoir de synthèse mentale particulièrement faible. Insistant à maintes reprises sur les notions de « rétrécissement du champ de la conscience », « abaissement de la tension psychologique » il aboutit à cette conclusion que le « monoïdéisme qui préside à la suggestion n'est pas un monoïdéisme de force » mais un « monoïdéisme de faiblesse » (Les Médications psychologiques vol. 1). Si, dans quelques cas, le sujet a pu réaliser un accident auquel il a longuement et fortement pensé; le plus souvent, et même presque toujours, le sujet arriverait à la réalisation de son accident par la voie de l'automatisme.

Une telle conception de la « suggestivité » et de la sug-

gestion automatique chez les hystériques l'amène à considérer l'hystérie comme « une maladie caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité ».

Le Professeur Claude croit aussi à l'importance de la suggestion puisqu'il propose comme critérium de l'hystérie (congrès de 1907) l'épreuve de la suggestibilité qui doit mettre en relief la faculté très particulière qu'a le sujet hystérique d'isoler certaines perceptions ou certains concepts, en dehors de l'activité psychique supérieure.

Dupré lui-même faisait une part importante à la suggestibilité. Il admettait que, si elle n'intervient pas primitivement pour l'éclosion des accidents, elle peut intervenir secondairement dans le cours de leur évolution, leur permettant d'acquérir ainsi un caractère plus ou moins involontaire et plus ou moins inconscient.

LA « SUGGESTIBILITÉ DU PATHOLOGIQUE ».

M. Logre, dans son remarquable article du *Traité de Pathologie et de thérapeutique appliquée*, rattachant la suggestion hystérique à la pathologie de l'imagination, déclare que sa conception ne fait que traduire et comme transposer la doctrine de Babinski en langage psychiatrique.

Il définit de la manière suivante la suggestion : c'est « comme une inclusion, non assimilée ou mal assimilée, de la pensée d'autrui dans la pensée du sujet ». La suggestion, pour lui, « se ramène à l'influence étrangère,

bonne ou mauvaise, mais qui, au lieu de se proposer à la réflexion, s'impose à l'automatisme, par une sorte d'effraction de la conscience personnelle ». L'hystérie, ajoute-t-il, « représente une forme particulière de suggestibilité parmi beaucoup d'autres ». Elle est « la suggestibilité du pathologique » et cette « suggestibilité hystérique doit être rattachée à la pathologie de l'imagination ».

II. CRITIQUE

Quelle que soit la façon de se représenter cette suggestibilité des hystériques, et le mécanisme du développement de l'idée aboutissant à sa réalisation objective par simple auto-suggestion, un problème initial doit être résolu : l'état de suggestibilité, que l'on invoque ainsi, existe-t-il réellement ? En a-t-on fait la démonstration ? Ou bien n'a-t-il été admis qu'au titre d'hypothèse commode... et parce que l'on ne trouvait pas d'autre explication plus évidente ?

Ceci nous conduit à rechercher quels groupes de faits se rapportent littéralement et certainement à la définition du pithiatisme et à voir s'ils comprennent toutes les manifestations de l'hystérie. Autrement dit : Est-on autorisé par les faits à établir une synonymie rigoureuse, suivant la tendance actuelle, entre ces deux expressions : pithiatisme et hystérie ?

Il est convenu de dénommer pithiatique « tout accident développé par suggestion et curable par persuasion ».

D'abord, que faut-il entendre par suggestion et persuasion ?

L'état psychique dont parle Babinski est une disposition de l'esprit à la suggestibilité et la suggestibilité est « l'aptitude particulière à accepter facilement des suggestions, surtout des suggestions fausses ou mauvaises ».

La persuasion, selon Babinski, consiste à faire admettre à autrui ou à lui faire réaliser une idée éminemment sensée et raisonnable, par opposition à la suggestion où l'on fait réaliser des idées manifestement déraisonnables. Il est certain que le sens ainsi accordé à la persuasion ne correspond pas exactement à la définition de Littré : « la persuasion, c'est l'action de persuader quelqu'un, c'est le déterminer à croire quelque chose de vrai ou de faux, de raisonnable ou d'absurde ».

Qu'importe, après tout, que la persuasion au sens que lui donne Babinski ne soit qu'une « suggestion déguisée », selon la critique de Shydney ?

On peut regretter, certes, que Babinski « distingue deux procédés d'interaction mentale par leurs résultats et non par leurs mécanismes » (Dumas).

En effet, comme le remarque Benon : « la persuasion touche au problème de la croyance, la suggestion au problème de l'activité, c'est-à-dire à deux problèmes psychologiques extrêmement compliqués... Dans la persuasion comme dans la suggestion, interviennent des facteurs émotionnels et passionnels variés, propres à chaque sujet ».

En vérité, ces discussions sur les termes n'ont pas un intérêt capital et G. Dumas dans la phrase suivante a net-

tement précisé l'idée de M. Babinski : « Il (Babinski) n'a pas prétendu donner une définition logique, il a simplement constaté que, d'une façon générale, les auto-suggestions ont un caractère morbide et qu'on peut les vaincre en faisant appel, par la persuasion, au bon sens et au jugement du malade ; cette constatation est le simple résumé de son expérience clinique et thérapeutique ».

L'expérience permet d'affirmer qu'on a placé dans l'hystérie, en général, des manifestations répondant de manière absolue à la définition du pithiatisme. Mais nous ajouterons, après notre maître Achille Delmas : « Il ne faut admettre comme pithiatique que ce qui a fait la preuve d'un mécanisme d'autosuggestion originel et par conséquent suffise à faire présumer la suggestibilité ». (Revue Philosophique, juin 1920).

Or, parmi les états de suggestibilité actuellement connus, seul a été bien précisé celui de la phase de réveil qui termine la confusion mentale.

Ce sont les belles observations du Professeur G. Dumas (troubles nerveux et troubles mentaux de guerre) qui ont mis en relief cette notion, dont l'intérêt est considérable.

Le Dr Achille Delmas, dans son article : « La psychologie pathologique de la guerre » écrit :

« La longue étude consacrée par Dumas à « l'interprétation pithiatique » est remplie de faits probants qui montrent tous nettement comment se développent par suggestion chez les combattants, les aphonies, les mutilés, les paralysies, les surdités observées partout et par tous, en si grand nombre. Les malades guéris rapide-

ment, la plupart du temps en une séance, donnent une explication semblable de leur trouble momentané : les muets ne parlaient pas parce qu'ils étaient opprimés et croyaient ne pas pouvoir le faire ; les sourds n'entendaient pas parce qu'ils avaient des sifflements dans les oreilles et qu'ils croyaient ne pas pouvoir faire l'effort de les « traverser » ; les aveugles avaient renoncé à percer le brouillard qu'ils avaient eu quelques jours devant leurs yeux ; les plicaturés restaient courbés par crainte de réveiller une douleur déjà disparue, etc., etc...

« Les phénomènes qui relèvent du pithiatisme post-confusionnel présentent un ensemble de caractères qui corroborent l'interprétation proposée par Dumas.

« En premier lieu, ils sont tous au début des troubles par défaut et non par excès, des impotences ou des insuffisances (mutisme, surdités, paralysies flasques, astasies, etc...) et non des phénomènes actifs (crises, tremblements, contractures, etc...). Acceptés par suggestibilité, ils constituent des abstentions d'actes et ne peuvent être que passifs.

« En second lieu, la suggestibilité est valable aussi bien pour l'auto-suggestion mauvaise que pour la persuasion thérapeutique bienfaisante, d'où la facilité et la rapidité des cures, par une contre-suggestion quelconque. Même laissés à eux-mêmes, les accidents guérissent du fait de la disparition progressive du reliquat confusionnel et du retour du pouvoir de critique et de synthèse. S'ils persévèrent, c'est qu'ils se transforment par l'intervention d'un autre déterminisme... En fait, ils sont par nature transitoires ».

Dumas ajoute avec raison :

« Les sujets qui s'auto-suggestionnent de la sorte sont, non seulement sincères, mais désintéressés. Les considérations de famille, d'intérêt, de sécurité personnelle n'interviennent pas chez les pithiatiques au moment où nous les voyons. Leur conscience n'a pas de replis, leurs sentiments sont très simples comme leurs accidents, et c'est pourquoi ils sont alors si faciles à guérir. Le médecin ne se heurte à aucun désir inavoué ou obscur ; il agit sur des malades dociles, dont la docilité est pour la meilleure part dans le succès de la cure.

« Comme tels, ils sont très différents des prolongateurs, des actifs et des grands artistes, créateurs d'accidents bizarres ou compliqués, qu'on peut rencontrer dans les centres de l'intérieur. Tandis que ces derniers malades, toujours plus ou moins intéressés, se rattachent aux simulateurs par des transitions insensibles, la question de la simulation ne se pose jamais pour les nôtres ».

« Voilà donc une catégorie de malades pour lesquels la nature « pithiatique » des accidents ne laisse pas de doute. Et Dumas écrit ailleurs (*Traité de Psychologie*, tome II) : page 936) :

« Nous avons eu, depuis la guerre, d'autres raisons cliniques de penser que l'accident auto-suggestif sincère, suppose, en général, une période confusionnelle et toxico-infectieuse antérieure qui en favorise l'apparition ».

Il dit, d'autre part (page 934) : « Janet et Babinski sont d'accord pour estimer que les ébranlements physiques et moraux peuvent amoindrir la personnalité,

affaiblir le sens critique et augmenter la suggestibilité ; nous pensons qu'entre l'ébranlement physique ou moral et l'accident de suggestion, s'intercale très souvent un élément capital dont la pathologie nerveuse n'a pas tenu, jusqu'ici, assez de compte ».

Cet élément consiste en « un état cérébral et mental qui n'est autre qu'un léger état confusionnel, donné comme tel ou reliquat d'une confusion plus profonde. Cet état confusionnel peut être assez faible pour passer inaperçu ; mais quand on le cherche, on le trouve dans une proportion très considérable de cas ; et c'est d'autre part un fait d'observation clinique que la confusion mentale, à condition qu'elle soit peu marquée, favorise beaucoup la suggestibilité ».

Les études de Dumas apportent ainsi cette notion de très grosse importance que dans le réveil de la confusion mentale existe un état de suggestibilité avec une tendance à considérer toute difficulté comme permanente.

Ce point de départ solide nous « permet de tenter la discrimination et la délimitation des phénomènes d'auto-suggestion qui sont groupés depuis Babinski sous le nom générique de Pithiatisme » (A. Delmas).

Les accidents pithiatiques de la phase de réveil confusionnel constituent en somme « le seul pithiatisme nettement délimité jusqu'ici au point de vue nosologique » (A. Delmas).

Mais, apparaissant et disparaissant par suggestion, « encore faut-il qu'ils disparaissent assez rapidement, plus précisément en quelques semaines. S'ils persistent pendant des mois, ce que nous avons vu très fréquem-

ment au cours de la guerre, ils cessent d'être pithiatiques, et au mécanisme pithiatique qui ne peut survivre au retour complet du pouvoir de synthèse critique, s'est substitué alors un mécanisme mythomaniaque » (A. Delmas).

Nous ne prétendons pas qu'un léger degré de confusion mentale soit la seule condition nécessaire à l'établissement d'un état de suggestibilité. D'autres facteurs existent certainement, « mais non encore définis et qu'un classement des états de suggestibilité nous fera connaître un jour ». (A. Delmas).

Donc, il y a des malades qui, à la suite d'un état confusionnel (obnubilation avec dysmnésie d'évocation ou de fixation résiduelle) font des manifestations développées par suggestion. Ceux-là, malades sincères, méritent d'être dénommés des « pithiates vrais » (1). Ils n'ont pas la mentalité habituelle des hystériques, ce fond permanent que nous analyserons et qui constitue l'essentiel dans l'hystérie. Leurs manifestations épisodiques ont réellement un caractère accidentel. Cet état de suggestibilité, acquis et transitoire, se révèle très différent de l'état constitutionnel, inné et fixe d'un grand nombre d'autres malades dits hystériques.

De ce qui précède nous tirerons la conclusion qu'on a groupé, sous la dénomination unique et trop large d'hystérie, d'une part des manifestations d'origine et de mécanisme sûrement pithiatiques, d'autre part des ma-

(1) Nous préférons le terme de pithiate à celui de pithiatique. En effet *ιατρίος* signifiant guérisseur, nous conservons ainsi à pithiatique son sens étymologique de « guérisseur par persuasion ».

nifestations « d'une origine différente ou en tous cas développées par un mécanisme encore incertain » (A. Delmas, 1920).

Aux premières seules convient littéralement et devrait être réservé le terme de pithiatisme : c'est pourquoi l'équation pithiatisme = hystérie, nous semble ne pas pouvoir être maintenue. Sur ce point, nous pensons être en accord avec de nombreux auteurs.

Janet, tout en octroyant une place prépondérante à la suggestion estime que l'hystérie la déborde et qu'on ne saurait la définir en conséquence par la seule suggestion. Un accident peut être hystérique, dit-il, même s'il ne cède pas à la suggestion, même s'il se produit sans suggestion génératrice.

Vouloir ramener l'hystérie, écrit Shydney, à l'unique mécanisme de l'auto-suggestion, c'est « opérer une généralisation imprudente du mécanisme de ses phénomènes ».

De plus, la définition de M. Babinski n'explique pas pourquoi l'hystérique réalise une suggestion sous la forme d'un accident qui est reproductible par la volonté — et encore n'explique pas l'origine de la suggestion — ni son procédé d'action. Au total, elle caractérise les faits hystériques « non en eux-mêmes, mais par une de leurs particularités inconstantes » (Hesnard) : la reproduction possible par suggestion et la disparition par persuasion.

En somme, cette doctrine « élaborée par un neurologue qui évite à dessein toute théorie psychologique »... « a eu pour résultat que l'hystérie a été considérée surtout par son aspect neurologique et que la tendance a

prévalu de négliger les signes purement mentaux et la constitution psychopathique des malades » (Dide et Guiraud).

Il importe d'analyser davantage cet état constitutionnel morbide qui caractérise la véritable hystérie : si présumptueuse que soit cette recherche, après tant d'auteurs, nous allons nous y attacher.

Mais, si nous essayons de délimiter dans le cadre incertain de l'hystérie les frontières du véritable pithiatisme, cela signifie-t-il que nous contestions les très grands progrès qu'a apportés le système élaboré par M. Babinski ? Ce serait se méprendre sur notre pensée.

Il suffit de rappeler que la doctrine du pithiatisme a fourni la preuve de sa valeur pratique. Depuis que le génial clinicien, éliminant de l'hystérie tout ce qui est de nature organique, a montré le caractère factice des syndromes hystériques, les manifestations théâtrales ont disparu ; de même, les « stigmates fondamentaux » n'existent plus, maintenant que l'on procède avec précaution dans l'examen de ces malades.

Bien que l'influence curative de la persuasion demande à être précisée, quoiqu'elle puisse, d'autre part, intervenir favorablement dans divers états névropathiques (et par conséquent, ne soit pas un « réactif pathognomonique » de l'hystérie), l'on peut, du point de vue pragmatique, considérer comme vraie la théorie de Babinski parce qu'elle est utile. L'expérience des années a amplement démontré sa valeur sur le terrain clinique.

Certes, elle n'explique pas toute l'hystérie, mais peut-être n'y prétend-elle pas ? Vraie, et de manière absolue,

pour tous les accidents sûrement pithiatiques, elle n'explique sans doute pas la genèse d'autres accidents dits hystériques, de mécanisme mythomaniacal.

En résumé, les travaux de Babinski sont définitifs et l'on ne peut désormais revenir en arrière : si des accidents jusqu'ici classés dans l'hystérie se révélaient en rapport avec une lésion organique causale, ils devraient être retranchés du cadre, et ce serait un complément au démembrement peut-être inachevé de l'ancienne hystérie. Comme l'a répété Babinski (Société Médicale des Hôpitaux, 16 nov. 1928) : « Les troubles ne présentant pas les attributs déterminés par la définition ne peuvent être rangés dans ce groupe ». Y devront prendre place, par contre, les deux catégories de phénomènes que nous nous efforçons de préciser :

1°) Les phénomènes qui sont, du point de vue clinique et psychologique, rigoureusement conformes à la définition de Babinski et qui constituent le domaine du Pithiatisme vrai, tel que nous venons de le délimiter.

2°) Les phénomènes de mécanisme certainement mythomaniacal, qui sont, malgré tout, la très grande majorité de ceux qu'on a, de tout temps, rangés dans l'hystérie. *C'est ce dernier groupe de manifestations qui, de démembrement en démembrement, devra représenter, en définitive, l'hystérie résiduelle, l'hystérie vraie, à moins que, pour ne pas embrouiller les idées on convienne de ne plus parler d'hystérie et d'adopter la terminologie de pithiatisme d'une part, et de mythomanie d'autre part.*

Les phénomènes mythomaniaques ne sont pas psychologiquement conformes à la définition de Babinski ; mais ils y sont conformes cependant cliniquement, en ce sens qu'ils ont de commun avec les phénomènes pithiatiques de ne posséder aucun caractère organique, d'être seulement fonctionnels, comme tous les phénomènes créés par la suggestion, la volonté ou la simulation, et d'être accessibles plus ou moins aux influences persuasives.

C'est pourquoi, dans la mesure où notre appoint personnel peut avoir quelque valeur, il ne peut être considéré que comme un complément psycho-pathogénique sur le terrain de la psychologie pathologique, à l'œuvre clinique si féconde de Babinski.

CHAPITRE IV

Critique de l'inconscience, de la sincérité et de la suggestibilité des hystériques

Nous avons vu le caractère artificiel de la plupart des phénomènes dits hystériques, qui sont tels que la volonté — donc la simulation — pourrait les reproduire de façon identique. La simulation, en effet, expliquerait aussi bien que la suggestion, la genèse de ces manifestations.

Pourquoi a-t-on accepté plutôt l'hypothèse de suggestion ? L'analyse des arguments, à cause desquels on la conserve, nous montrera qu'elle a été trop bénévolement admise.

On a préféré adopter l'hypothèse de l'auto-suggestion :

1° *Parce que la simulation volontaire paraissait invraisemblable.*

Un esprit sain ne peut évidemment pas, sans un violent effort, concevoir une mentalité assez troublée pour

se condamner de parti pris aux ennuis qu'entraînent les accidents hystériques.

2° Parce qu'il y a des hystériques dont la sincérité n'est pas douteuse, du moins le croit-on.

Dans ces cas où tout semble se passer en indépendance de la personnalité consciente, il faut bien admettre un processus inconscient, lequel ne peut être qu'un mécanisme d'auto-suggestion.

3° De plus, on fait souvent disparaître ces troubles hystériques par la simple persuasion ; ils peuvent, par contre, être reproduits, rigoureusement comparables à eux-mêmes par la suggestion..

Premièrement, on a invoqué dans la pathogénèse des manifestations hystériques le rôle essentiel du facteur « auto-suggestion », parce que leurs caractères cliniques donnaient l'impression que la réalisation de « l'idée pathologique » ne pouvait avoir lieu qu'à l'insu du malade, en dehors de la conscience claire, en dehors de la volonté.

Ainsi se posent tout de suite les deux problèmes intriqués de l'inconscience et de la sincérité des hystériques.

Sur ces points les avis sont partagés. Certains auteurs, Binet notamment, soulignent comme capital le caractère de « la séparation entre la conscience centrale et le phénomène pathologique ».

Janet aussi est formel : « C'est parce que l'idée, écrit-il, est en dehors de la conscience claire et de la volonté que, réfrénée par rien, elle se développe jusqu'au bout, se réalise sans provoquer ni inquiétude, ni préoccupation du sujet, sous forme d'accident, en le laissant indif-

férent ou à peu près... C'est parce qu'il y a séparation de consciences, séparation du reste de la personnalité que les idées peuvent vivre d'une vie automatique et se réaliser. Une telle idée (qui a pris corps sous forme d'accident) évoluée par la voie de l'automatisme, le sujet ne se l'explique pas et elle lui paraît venir d'un monde étranger » (cité par Dumas).

La majorité des auteurs, cependant, se cantonnent dans des formules hésitantes et l'on se trouve en présence d'opinions non affirmatives : les manifestations, dit-on, sont : plus ou moins conscientes, $\pm$ inconscientes, $\pm$ simulées, $\pm$ sincères, $\pm$ suspectes, $\pm$ exagérées, $\pm$ volontaires, $\pm$ involontaires.

Babinski écrit : « Tout se passe comme si le malade se doutait que ses troubles sont passagers et disparaîtront sans laisser de trace... ».

« La suggestibilité du pathologique comporte d'une part la conscience habituelle du pathologique et, d'autre part, l'inconscience nécessaire de la suggestion », dit Logre, qui admet « un certain degré d'inconscience, faute de quoi elle (l'hystérie) ne se distinguerait pas de la simulation... » « L'hystérie, sœur inconsciente de la simulation ».

Or, on admet l'inconscience dans l'hystérie sans pouvoir la démontrer, ce qui, en effet, est impossible. Mais, il nous semble que les arguments qui conduisent à l'affirmer sont bien fragiles. Nous avons l'impression que l'on parle d'inconscience parce que l'hypothèse de l'auto-suggestion, *hypothèse a priori*, implique la nécessité de l'inconscience ; et que, réciproquement, on invo-

que cette inconscience invérifiable en faveur d'un mécanisme d'auto-suggestion.

Sur quoi donc se base-t-on pour dire que les accidents hystériques sont totalement étrangers à la personnalité du malade ? Sur le caractère des accidents, d'une part, dont l'absurdité, la non-utilité évidente inclinent à croire que le malade ne peut pas en avoir une connaissance claire, du moins quant à leur origine, et, d'autre part, sur sa sincérité apparente, ce que nous commencerons par contester.

Les suggestionnés, les vrais pithiates sont sincères, par exemple « les grands traumatisés et le commotionnés des batailles », dont parle G. Dumas et qui ont fait, sur le front, des accidents pithiatiques. Ce sont des malades qui présentent des accidents simples, nous l'avons vu, des accidents « en moins » (anesthésies et paralysies). Les autres, ceux dont la puissance d'imitation fait de grands acteurs, capables de réaliser les accidents fonctionnels « les plus variés » et souvent les plus compliqués, « tout un ensemble de manifestations tantôt très simples, tantôt dramatiques, souvent bizarres, qui peuvent se propager par contagion... » ceux-là ont une sincérité des plus suspectes, et Dumas ajoute (*Psychologie*, tome II, page 936) : « A côté des hystériques dont la bonne foi est probable, il y en a beaucoup dont la sincérité peut être mise en doute et qui se relie par des transitions insensibles d'une part aux malades précédents, de l'autre, aux simulateurs les plus purs ».

S'il faut considérer comme très douteuse la sincérité des hystériques, c'est qu'il n'y a pas intervention d'un

mécanisme d'auto-suggestion, car celle-ci, qu'elle soit ou non d'origine imaginative comporte, par définition, conviction ou au moins croyance (avec adhésion totale de la personnalité à cette croyance).

De même que la sincérité des malades, l'inconscience de l'hystérie nous paraît des plus contestables : nous en reparlerons plus loin.

Que reste-t-il alors pour étayer l'hypothèse d'auto-suggestion ?

Le principal argument présenté en faveur du mécanisme d'auto-suggestion tient dans ce signe positif de la définition du pithiatisme : la reproduction en quelque sorte expérimentale par la suggestion de tous les signes hystériques dont on vient de délivrer le sujet par persuasion. Ce critère, par définition, a une valeur absolue en ce qui concerne les faits sûrement pithiatiques. Est-il valable pour les autres cas ? remarquons la restriction de M. Babinski, lequel parle de la reproduction possible des accidents chez *certain*s sujets.

On a dit que la suggestion permettait de faire apparaître un trouble nouveau. Par exemple du temps de Charcot, on obtenait l'apparition par « suggestion médicale » d'érosions ou de plaies, ou d'œdème. Or, la preuve de la simulation indubitable a été faite ici : la supercherie est prise en flagrant délit, et Babinski a eu encore ce mérite de mettre en évidence la fraude manifeste.

Il n'est pas toujours facile de surprendre le truquage et nous nous rappelons l'histoire d'un maître de la Fa-

culté berné quelque temps par une prétendue chylurie... relevant simplement d'injection de lait dans la vessie.

Il ne sert de rien, d'ailleurs, d'éliminer par définition du cadre de l'hystérie ces accidents obtenus par « manœuvres externes ». Les opposer sous le nom générique de « pathomimie » à la mythoplastie des seuls vrais hystériques n'est pas logique. L'une et l'autre se rencontrent chez les mêmes sujets et la fréquence de la première ne s'est réduite que dans la mesure où la médecine mieux avertie se faisait moins crédule, plus défiante et plus perspicace. Pour cette hystérie dite « anatomique » la preuve est faite que la réalisation du trouble suggéré résulte directement de la simulation, intéressée ou vaniteuse.

Pour les autres manifestations où la tricherie ne peut être dévoilée, l'absence de mobile évident a fait invoquer la suggestion : et l'on a refusé de croire à la simulation, tant paraissait invraisemblable et incompréhensible ce plaisir morbide de « jouer au malade » et de s'offrir des symptômes inutiles toujours, préjudiciables très souvent. Toutefois, faisons remarquer dès maintenant le caractère relativement bénin de ce préjudice : les troubles (nous ne parlons que des troubles primitifs) sont à l'ordinaire superficiels et ni trop gênants, ni trop pénibles, ni trop risqués.

Nous dirons plus bas, comment une tendance affective déformée et assez hypertrophiée pour l'emporter sur l'ensemble de toutes les autres tendances nous paraît seule capable d'expliquer ce penchant morbide.

Les syndromes hystériques — s'ils peuvent être repré-

duits par suggestion — sont d'autre part curables par contre-suggestion, par persuasion : 2^e critère.

Or, ce traitement n'agit par persuasion qu'en apparence. Constant chez les pithiates vrais, le succès de la persuasion est très relatif chez les hystériques mythomanes. En étudiant le mécanisme de la guérison, le rôle de l'état affectif ressort avec une netteté évidente. Ce n'est pas à la raison qu'il faut s'adresser ; il faut manœuvrer l'affectivité de ces malades. C'est l'habileté beaucoup plus que l'autorité du médecin qui interviendra dans la réussite.

En effet : les procédés de cure quels qu'ils soient n'aboutissent au succès que s'ils enferment le malade dans le dilemme « ou guérir ou être démasqué ». Il faut amener le sujet à penser que l'échec de telle thérapeutique affirmée rigoureusement infaillible serait la preuve de sa supercherie initiale et de sa résistance voulue à la guérison.

Le malade a le désir latent de ne pas guérir : il préfère ne pas guérir. « Les hystériques, remarquait Sadger, cité par Shydner, sont aussi difficiles à persuader que les enfants qu'on veut amener à renoncer à leurs plus chers désirs ». Que pourrait l'idée pure, sans force affective contre une telle puissance ?

Quand sa guérison doit « épater le public » et lui valoir un succès de vanité plus encore que sa maladie même, il guérit avec une grande facilité. Il saisira notamment l'occasion d'une cure retentissante, miraculeuse.

Parfois, le malade témoigne d'une ténacité extraordinaire dans sa persévération et d'une opposition très net-

te à l'égard de toutes les contre-suggestions venues de lui-même, du milieu et plus spécialement du médecin. Soulignons le fait : cette opposition est exactement l'inverse d'un état de suggestibilité. Elle se révèle alors bien étrange et paradoxale cette suggestibilité qui accepte uniquement les suggestions absurdes, pénibles, nocives, envers et contre toutes les hétéro-suggestions, antagonistes venues du milieu et des suggestions personnelles, en particulier de l'ensemble des tendances plus ou moins contrariées ou mises en péril.

En somme, les hystériques n'auraient qu'une suggestibilité élective, uniquement orientée vers la production et l'enrichissement de créations d'ordre pathologique et rien n'est plus propre à rendre suspecte et douteuse son existence en tant que suggestibilité.

A vrai dire, le critérium de la guérison par persuasion n'a rien de formel et nous ne pouvons souscrire à cette affirmation que l'hystérie « représente la plus curable de toutes les affections » (Logre). Quand, par surcroît les hystériques sont à la fois mythomanes et revendeurs, ils présentent une persévération extraordinaire. N'est-ce pas le cas de la plupart des hystériques accidentés du travail qui résistent à la thérapeutique jusqu'au moment où ils détiennent une pension ? N'en fut-il pas ainsi pour bon nombre d'hystériques de guerre, dont les signes ne disparaissaient que lorsque le malade se sentait définitivement à l'abri, bien loin du front. Et sans dire explicitement simulation, ne procédait-on pas comme si on la suspectait ? (Rappelons à ce propos l'organisation du centre neuropsychiatrique spécial de Salins).

Chez ces persévérateurs la persuasion est fort anodine. Une attitude impérative s'impose, le torpillage, par exemple, a donné des résultats : c'est qu'au fond cette façon de procéder, par son effet désagréable, douloureux, oblige le malade à transiger sinon à céder complètement, car il trouve moins pénible de guérir que de persister dans son attitude.

En dehors de ces cas, où intervient un mécanisme de revendication systématisée, la méthode de cure la plus habile parce que la plus logique tient davantage de la persuasion :

Il faut laisser le sujet dans la conviction que l'accident qu'il imite correspond bien réellement à un accident connu et classé et qu'il est admis comme tel par le médecin. Il doit être persuadé, en outre, que cet accident est sûrement curable par le procédé que le médecin va mettre en œuvre ; il n'a de choix alors qu'entre la guérison ou la révélation de sa tromperie ; il n'opte pour la première solution que lorsqu'il est sûr que par là même la deuxième sera écartée.

Le médecin doit donc commencer par laisser croire qu'il est aussi certain de la réalité du trouble que de l'efficacité de son intervention ; il doit accepter de gaieté de cœur de paraître dupe de son malade ; le meilleur moyen d'échouer serait d'accuser celui-ci de simulation, l'amour-propre serait alors le plus fort (précisément parce que les actes de ces sujets sont commandés par la vanité même).

Le thérapeute, qui a fourni au malade l'occasion de sortir « honorablement » de la situation mensongère dont

il était prisonnier est souvent, a-t-on remarqué, l'objet de gestes de reconnaissance de la part de celui-ci. On a cru trouver là une preuve en faveur de la sincérité des hystériques. L'explication nous paraît facile : le médecin, dupe en apparence (dupe en réalité parfois), a donné à l'entourage une raison plausible de la guérison ; il a offert au pseudo-malade un prétexte admissible lui permettant d'arrêter cette simulation qui commençait à l'ennuyer, et toutefois sans révéler ce caractère de tricherie. Il aurait donc droit à un remerciement sincère ; mais, il est encore plus logique de supposer que chez ces hystériques mythomanes (nous ne doutons pas, encore une fois, de la sincérité des pithiates) la reconnaissance est un mensonge de plus, comme l'était d'ailleurs le tableau morbide imité.

Les faits qui précèdent, rigoureusement interprétés, ne sont donc nullement favorables à l'hypothèse d'une suggestibilité facteur déterminant de l'hystérie.

Enfin, cette suggestibilité (qui, nous l'avons vu, ne peut suffire à expliquer la réalisation active d'accidents pathomimes où la tricherie apparaît évidente) ne peut non plus expliquer la psycho-plasticité, dont nous reparlerons. Et ces deux faits : pathomimie, psycho-plasticité débordent l'hypothèse de l'auto-suggestion.

CHAPITRE V

Critique de l'Hyperimaginativité

L'imagination n'est qu'un appoint

Si l'hypothèse de la suggestion suffit pour faire comprendre le mécanisme des accidents rentrant dans le cadre du pithiatisme, et de ceux-là seulement, l'hypothèse d'une « hyperimaginativité spéciale » peut-elle expliquer les autres phénomènes dits hystériques et que nous rapportons à une simulation morbide ?

« L'hystérie est entièrement et uniquement imaginative ... » « Toute l'image et rien que l'image, voilà sa formule » s'écrie M. Logre.

Et M. Hartenberg avait émis dès 1909 une opinion analogue : « En définitive... ses éléments... se ramènent tous à une disposition unique de cette mentalité, l'excès d'imagination plastique, reproductrice et constructive, qui constitue vraiment le fondement de la mentalité hystérique » (*L'hystérie et les hystériques*, page 245).

« L'hystérie, dit Logre, se rattache à l'imagination par ses moyens de conception, par ses moyens d'exécution, enfin par son encadrement psychique habituel ». Rien n'est plus vrai, mais nous ajouterions volontiers qu'elle se rattache également et de manière aussi étroite au *jugement* par la discrimination, le choix et l'évaluation des procédés mis en œuvre et à la *mémoire* par les emprunts faits aux connaissances acquises et à leur utilisation.

Aussi, lorsqu'on aura fait la part de ce qui revient à l'ignorance médicale des sujets et à la limitation de leur pouvoir psycho-plastique, il apparaîtra pour le surplus que c'est aux erreurs de leur jugement et aux oublis ou lacunes de leur mémoire, bien plus encore qu'aux fantaisies de leur imagination, que sont dues les particularités plus ou moins niaises, invraisemblables ou paradoxales des contrefaçons hystériques.

S'il est évident que les facultés intellectuelles interviennent comme moyens, comment comprendre que l'une d'elles, l'imagination, puisse spécialement intervenir comme mobile, ce qui d'abord importe ?

Que l'on dise idée-force ou image-force, cela résoud-il le problème ? Une idée pure est une abstraction et ne peut évidemment pas déclencher sa propre réalisation. Est-ce que la « dictature d'une idée », même isolée du reste de l'esprit du sujet, par le fait de ce mono-idéisme acquiert une puissance particulière ? Affirmer que l'idée, simple représentation, est une force par sa seule existence, et accroît son pouvoir par son isolement, n'est pas une explication très satisfaisante. On ne peut pas se pas-

ser de la notion d'une activité réalisatrice. Où la trouver ?

Fouillée, dans sa subtile et curieuse « Psychologie des idées-forces », admettait cependant que l'idée n'agit que par l'intermédiaire de la sensibilité. N'est-ce pas avouer qu'une idée n'a de force qu'en raison des éléments affectifs qui l'accompagnent et qu'elle ne fait que traduire ?

« C'est une source inépuisable d'illusions et d'erreurs dans la pratique, écrit si justement Ribot, cité par Hartenberg, que la foi aveugle dans la puissance des idées. Une idée qui n'est qu'une idée, un simple fait de connaissance, ne produit rien, ne peut rien : elle n'agit que si elle est sentie, s'il y a un état affectif qui l'accompagne, si elle éveille des tendances, c'est-à-dire des éléments moteurs » (Psychologie des sentiments).

Est-ce qu'une idée pure, même « poussée jusqu'au bout » conduit à un acte ? Et l'argumentation n'est pas plus probante si l'on remplace idée par image. Ce qui donne à l'image son intensité, sa vigueur, c'est le facteur affectif concomitant ou mieux déterminant ; de même pour l'idée.

Quoique Ribot ait insisté sur les éléments moteurs de l'image, sur sa force dynamique, sur sa tendance essentielle et spontanée à s'extérioriser, n'a-t-il pas dit aussi : « La nature humaine ne comporte pas le miracle d'une intervention produite in abstracto et pure de tout élément affectif... L'élément affectif est primitif, originel ; car toute intervention présuppose un besoin, un désir,

une tendance, une impulsion non satisfaite... (in Psychologie des sentiments).

Certes, nous conviendrons avec M. Hartenberg, que l'imagination « concrète, plastique, celle qui matérialise, selon l'expression de Ribot », est riche en éléments moteurs. En admettant même qu'il y ait une très vive puissance objectivante de la représentation évoquée, de quoi résulte cette puissance objectivante ? Où prend-elle sa source, sinon dans la vie affective ? Il n'y a pas, ici, à proprement parler, pathologie de l'imagination.

Ce sont les hypertrophies, ou atrophies, des dispositions affectives qui suffisent à créer les déséquilibres, quelles que soient par ailleurs les aptitudes intellectuelles.

L'intelligence est un moyen, elle n'est pas une force ; elle n'est qu'un instrument d'exécution ou de réalisation et n'intervient que secondairement pour retenir ou lâcher, atténuer ou amplifier nos réactions. C'est pourquoi la mythomanie qui se rencontre aussi bien chez des sujets intelligents que chez des faibles d'esprit, existe aussi indifféremment chez des sujets hyperimaginatifs et chez des pauvres d'imagination. Dans le premier cas elle bénéficie des moyens imaginatifs qui accentuent son ingéniosité de construction et d'expression ; dans le second cas, elle perd en richesse et en beauté, mais n'en existe pas moins.

Au total, l'idée ou l'image-force n'a de puissance qu'en raison de sa charge affective. L'imagination n'est qu'un appoint et qui est au service de la disposition affective-active hypertrophiée.

D'autre part, l'hyperimaginativité, pas plus que la suggestibilité, ne saurait expliquer l'aptitude à réaliser certains signes corporels dits hystériques.

L'aboutissant de l'imagination prétendue débordante de l'hystérique est un trouble pathologique portant sur une fonction corporelle. Canalisation bien particulière, puisqu'un obsédé, offrant un aussi intense dérèglement de l'imagination, n'aurait que des manifestations psychiques : idées morbides. Pourquoi et comment ?

Faut-il admettre de façon nécessaire que seule cette synergie spéciale de l'esprit et du corps (pour laquelle Dupré a proposé le terme de psycho-plasticité) permettrait de réaliser et de maintenir ces manifestations ? La théorie de l'hyperimaginativité demanderait donc un complément sous la forme d'une disposition constitutionnelle psycho-somatique ?

En réalité, n'a-t-on pas exagéré cette psychoplasticité ?

Notons bien que les hystériques ont soin de « choisir » des manifestations relativement commodés et supportables. Ce n'est pas par hasard, observe justement Dumas, que les contractures sont en flexion aux membres supérieurs et en extension aux membres inférieurs. De même Logre écrit que le choix et la localisation des syndromes semblent réglés par des raisons de convenance (paralysies des membres inférieurs, jamais des sphincters) et de commodité (paralysie d'un bras, jamais des deux) et il conclut à l'incompatibilité foncière entre l'hystérie et les syndromes graves dont la réalisation prolongée peut entraîner la mort.

Quant à la réussite dans l'imitation elle est plus ou

moins brillante. A côté des artistes qui réalisent à merveille leur mime du pathologique, il est des hystériques de talent fort médiocre. Certains simulent des accidents bizarres ne correspondant à aucune maladie classée : ils sont vite dépistés. D'autres, mieux avertis, mais juste « passables » réalisent des troubles que n'importe qui pourrait reproduire avec un peu d'application. Nous parvenons par étapes aux acteurs de premier plan ; faudra-t-il invoquer une constitution spéciale (psychosomatique) uniquement pour ces derniers ?

Il nous paraît vrai d'affirmer que les hystériques n'arrivent que lentement et progressivement à compléter et à perfectionner leurs troubles : c'est grâce à une poursuite patiente d'un mimétisme de plus en plus rigoureux qu'ils deviennent des maîtres dans leur art ; et cette éducation assez laborieuse ne peut être provoquée, dirigée, renforcée que par un mobile affectif.

Admettons cependant qu'une certaine psychoplasticité se révèle chez beaucoup d'hystériques. Voici comment, selon nous, elle paraît pouvoir s'expliquer.

La mythomanie, tendance constitutionnelle très accentuée dès l'enfance et persistant tout au long de l'existence, permet le sujet qui en est atteint à une application continue, à une gymnastique incessante en vue de réaliser plus ou moins artificiellement des extériorisations motrices et mimiques qui satisfassent son besoin originel de paraître, d'attirer l'attention et de jouer un rôle. Il y a là un entraînement progressif, un dressage véritable dans lequel collaborent l'esprit et le corps, le premier se servant du second pour toutes les réalisations

jugées favorables. Un tel dressage porte sur tout le comportement, sur tous les actes, même les plus simples et les plus humbles de la vie quotidienne et développe pour l'occasion possible des grandes manifestations hystériques un pouvoir spécial de synergie psycho-somatique. C'est ainsi que les mythomanes pourraient parvenir à une haute complaisance corporelle : celle-ci serait donc une aptitude non constitutionnelle mais secondaire et acquise.

En somme, la psychoplasticité que Dupré et Logre rattachent à une sorte de dégradation de certains phénomènes psychiques nous la rattachons au développement par l'entraînement. La plasticité « essentielle, spécifique, qui bâtit les symptômes hystériques » (Hesnard) n'est pas une aptitude nerveuse innée ; elle nous semble être davantage un résultat de l'habitude : l'hystérique qui « fabule avec son corps » est un mythomane qui se spécialise. Son talent naturel à l'imitation (dans son sens le plus large) n'est pas indispensable ; en tous cas, il ne prend toute son ampleur qu'à la condition d'être cultivé.

Enfin l'hyperimaginativité (non plus que la suggestibilité) ne suffit pas à expliquer le défaut ou l'insuffisance de sincérité que tous les auteurs, plus ou moins nettement, mais unanimement, imputent aux hystériques, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Certes illusion et mensonge sont difficiles à dissocier. Entre l'illusion, le mensonge demi-conscient, la simulation impulsive, la simulation raisonnée, les transitions sont insensibles. S'il est malaisé de préciser jusqu'à quel point exact les hystériques nous trompent, il n'en est pas moins prouvé qu'ils

nous trompent. Et nous pensons que l'imagination dévoyée n'est pas la raison véritable de ce mensonge.

Un autre fait déborde encore les explications purement intellectualistes. Pourquoi l'hystérique a-t-il besoin d'un public ? Pourquoi est-il « en représentation » ? « Il y a dans l'hystérie, remarque Logre, un élément de parade, d'exhibition, le goût de l'étalage prestigieux des symptômes... On est hystérique pour quelqu'un, ou mieux pour la galerie... Il est très difficile de concevoir l'hystérie solitaire, la crise pithiatique de Robinson dans son île... »

Et pourquoi cette symptomatologie « remarquable par son innocuité, à la manière d'un jeu... » se fait-elle cependant « véhémence », « tumultueuse », « singulière et bruyante », « capable de frapper l'attention et d'étonner l'imagination du spectateur ». Ne voit-on pas en cela les caractères de mobiles d'ordre affectif ?

En effet, le facteur affectif est primordial : l'imagination inventive est simplement au service de la perturbation innée de la personnalité ; elle bâtit et brode pour satisfaire la vanité du sujet. M. Logre, lui-même, reconnaît que : « au fond l'hystérique aime son mal, secrètement comme son œuvre, avec une vanité d'auteur et d'acteur ».

En résumé, de l'examen des théories intellectualistes, nous pouvons conclure : que ni le rétrécissement du champ de la conscience et la désagrégation de la personnalité, ni la suggestibilité, ni l'hyperimaginativité ne sont des explications pleinement satisfaisantes et que,

par ailleurs, elles ne sont pas absolument en accord avec les faits.

Mieux que l'idée évadée de la conscience (Janet) ou devenue inconsciemment conviction (Babinski) ou dés-spiritualisée » ou « incarnée » (Logre), la tendance affective anormalement hypertrophiée rend compte de la genèse des manifestations hystériques, de leurs caractères et de leurs particularités évolutives.

On reconnaît de plus en plus la part prépondérante qui revient, dans le comportement général aux composantes plus spécialement affectives-actives de la personnalité.

C'est pourquoi un déséquilibre affectif bien plus qu'une variation du fonctionnement intellectuel explique l'apparition, la ténacité et parfois l'étrangeté des productions mythomaniaques.

La mythomanie et l'hystérie ressortissent non à la pathologie de la conscience et de l'intelligence, mais à la pathologie de l'affectivité et du caractère.

CHAPITRE VI

Les Tentatives récentes de retour aux Conceptions organicistes

Après la discussion des théories psychologiques, nous avons à examiner les récentes conceptions « organicistes » et les conceptions psycho-physiologiques.

Ce renouveau comporte des opinions à plusieurs degrés, pour ainsi dire.

Certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que bientôt l'hystérie devra être rangée dans le cadre des affections organiques du névraxe. D'autres, plus prudents, pensent que l'on peut trouver des modifications biologiques capables d'expliquer les réactions hystériques. D'autres, enfin, estiment que l'on doit envisager l'hystérie d'une manière plus « moderne », c'est-à-dire à un point de vue physiologique plutôt que psychologique.

« Les conceptions nouvelles sur l'hystérie ont vu le jour à l'occasion de l'étude des syndromes extra-pyramidaux, écrit M. Schaeffer (dans un article de la *Presse*

Médicale, 20 février 1929). Depuis l'apparition de l'encéphalite épidémique après la guerre, un certain nombre de neurologistes ont observé au cours de cette affection, à la phase aiguë ou plutôt chronique, chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, des symptômes, des manifestations cliniques qui, par leur aspect, par les conditions dans lesquelles ils survenaient, présentaient des analogies indéniables avec les troubles jadis considérés comme hystériques ».

1° Résumant en premier lieu une série d'exemples, rapportés par Briand et Rouquier (*Progrès Médical*, juin 1920), Marinesco et Radovici (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1924), Bing (*Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, tome 18, fasc. 2), Bogaert et Delbeke (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, 25 mai 1926), M. Schaeffer conclut :

« Divers auteurs ont observé, au cours de l'encéphalite léthargique, des manifestations ayant les caractères des troubles dits névropathiques : début brusque des accidents, apparition sous forme de crises se répétant souvent dans des circonstances identiques, même influence de la contagion mentale, des émotions, de la suggestion et de la persuasion, dans l'apparition ou la disparition des accidents. Mais, du fait de leur apparition au cours d'une maladie organique, en raison de leur association avec des troubles physiologiques (troubles vaso-moteurs, sécrétoires, etc...) ils n'ont pu admettre l'hypothèse d'associations hystéro-organiques, et ont reconnu une origine organique indéniable à toutes ces manifestations ».

En somme, voilà des cas où l'on assimile des accidents qualifiés névropathiques à une véritable lésion comme celles de l'encéphalite épidémique, par exemple.

Or, si l'accident est la traduction directe des lésions, par définition ce serait une erreur de diagnostic de le déclarer hystérique.

Nous dirons avec M. H. Schaeffer : « Les malades observés par Briand, Marinesco, Van Bogaert, Bing étaient atteints d'une affection organique indubitable. Ils étaient donc tout différents des vrais pithiatiques. Que certaines de leurs manifestations aient été susceptibles d'obéir à la contagion mentale, d'apparaître par suggestion et de céder à la persuasion, cela ne prouve en rien que l'hystérie soit la conséquence d'une lésion organique des centres nerveux ».

Ce n'est pas une raison parce que les émotions peuvent provoquer des manifestations pour assimiler celles-ci à l'hystérie. L'on sait depuis longtemps que l'émotion peut déclencher des crises épileptiques, les crises convulsives du tétanos, et aussi certaines réactions organiques des encéphalitiques ; de même encore on voit des paroxysmes apparaître chez des hémiplegiques, des aphasiques, des pseudo-bulbaires, etc...

2° Des auteurs croient fermement, à cause de l'analogie apparente entre les syndromes hystériques et les syndromes extra-pyramidaux, que l'hystérie prendra... « place bientôt dans ces syndromes comme cela est déjà arrivé pour ses anciennes compagnes, la chorée, la maladie de Parkinson, la catatonie, etc... » (Papastratigakis).

Van Bogaert et Paul Martin, cités par Schaeffer, « expriment une opinion analogue dans un article récent sur les tumeurs du 4^e ventricule, et disent à propos des rapports et de l'analogie des troubles fonctionnels et des affections organiques » : « La question nous paraît moins insoluble qu'on ne le pense ; il est probable que, dans quelques années, la crise hystérique aura fait sa preuve organique, et qu'elle ne représentera plus pour le neurologiste qu'une modalité d'irritation mésocéphalique ayant la même valeur localisatrice qu'une crise jacksonienne ».

Si nous envisageons le seul syndrome de la crise, nous sommes tenté de croire que certaines crises nerveuses aujourd'hui baptisées hystériques pourraient bien un jour faire la preuve de leur nature organique. Mais nous nous empressons d'ajouter que, si une telle preuve est établie pour une catégorie de ces crises, nous leur refusons *par définition* le qualificatif de crise hystérique.

Il y a, pensons-nous, parmi les crises nerveuses résultant de lésions organiques, des cas rappelant le tableau de l'hystérie classique, cependant que d'autres ressemblent davantage à l'épilepsie ; ces crises, dont l'étiologie nous échappe aujourd'hui, il est probable qu'on en découvrira l'origine et le substratum. Mais, nous rejetons une « anatomie pathologique » relativement à la véritable crise hystérique ou « contrefaçon mythopathique ».

C'est la constitution mythomaniacque qui, pour nous, définit et caractérise l'accident paroxystique hystérique. Celui-ci, surgissant comme un épiphénomène sur un terrain fondamental de mythomanie, est capable d'im-

ter aussi bien une crise émotive réelle, une attaque d'épilepsie ou une crise nerveuse autre encore, et dont la nature nous serait pour l'instant inconnue. Plus souvent encore la mythomanie intervient pour « enjoliver » la crise.

3° De son côté, notre maître, M. René Bénard, apportant sa contribution lors de la discussion d'octobre 1928, à la Société Médicale des Hôpitaux, a déclaré qu'il désirait... « non pas constituer l'anatomie pathologique de l'hystérie... », mais « simplement établir la réalité des assises organiques sur lesquelles repose l'édifice qu'est l'hystérie ».

Dans sa première communication (19 octobre), M. René Bénard rappelait, entre autres, l'observation d'un malade qu'il avait suivi avec Rouquier (Voir *Paris-Médical*, 1921, p. 217). Chez ce jeune soldat qui présentait des accès narcoleptiques et des crises d'ordre convulsif, il avait trouvé de l'hyperglycorachie et des variations dans le taux de l'urée sanguine et du liquide céphalo-rachidien ; les chiffres variaient suivant que le malade était en période de crise, ou le lendemain d'un accès, ou en période calme.

Notre maître en conclut :

« Nous pensons que des perturbations décelables par les procédés de laboratoire peuvent accompagner les manifestations les plus authentiquement hystériques ».

Il affirma davantage sa pensée dans sa seconde communication (23 nov. 1928) : « Nous admettons volontiers, dit-il, que l'hystérie est constituée par des trou-

bles purement fonctionnels, mais, pour qu'elle puisse se réaliser, il lui faut une base organique ».

Nous reconnaitrons d'abord, avec notre maître, que des perturbations biologiques peuvent être décelées chez certains malades présentant des phénomènes d'allure hystérique. Nous avons rapporté, à propos des états de suggestibilité, l'opinion du ^{Pr} Georges Dumas sur la création d'un état de suggestibilité au cours d'un léger degré de confusion mentale ; dans la confusion mentale il existe de façon certaine des modifications humorales et même des lésions anatomiques. Nous nous sommes efforcé d'établir une distinction entre ces auto-suggestionnés post-confusionnels et les hystériques mythomanes.

Mettant à part les « associations hystéro-organiques » évidentes, nous dirons, après Georges Dumas que : « Il y a chez les pithiates une petite gêne, une « épine » plus ou moins bien localisée, à laquelle l'auto-suggestion accroche un trouble plus étendu et plus achevé et qui n'est au fond qu'un trouble mental ».

Au point de vue de l'auto-suggestion post-confusionnelle, nous sommes en parfait accord avec M. René Bénard. En est-il de même pour les autres cas ?

Nous objecterons d'abord qu'il existe des quantités d'hystériques chez qui l'on n'a trouvé aucune « épine organique ». D'après les données classiques le liquide céphalo-rachidien comme le sang des hystériques ne présentent absolument rien de typique. Dutil et Laubry écrivent, dans le *Traité de Médecine Charcot-Bouchard* (tome X, page 675).

« Modifié, (le liquide céphalo-rachidien) soit dans ses

caractères physiques, soit dans ses caractères chimiques, soit surtout dans ses caractères cytologiques, il implique toujours une réaction méningée, aiguë ou chronique, primitive ou consécutive à des lésions de l'axe cérébro-spinal. Il permet ainsi d'éliminer une pseudo-méningite hystérique, ou de reconnaître une association organique, évoluant parallèlement à des manifestations hystériques d'autre nature ». Quant au sang, ils admettent qu'il est également normal : « Pour terminer cette énumération de symptômes négatifs, nous rappelons que les auteurs Charcot, Grehant, Quinquaud, Gilles de la Tourette, sont unanimes à donner au sang des hystériques des caractères absolument normaux » (Cité par René Bénard).

Si les travaux d'autrefois n'ont rien apporté de convaincant, l'on peut les réfuter en critiquant l'insuffisance des procédés d'étude à cette époque ; la question mériterait d'être reprise en scrutant, de façon complète, les modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien. Il faut avouer que l'on manque de documents récents et formels ; mais, si l'on ne peut affirmer de manière certaine leur absence, on ne peut, inversement, rien affirmer au sujet de leur existence.

Des perturbations biologiques ont été révélées à l'occasion de la crise d'épilepsie, dont on a cru pendant longtemps qu'elle n'avait pas de base lésionnelle ; un raisonnement par analogie conduit à penser que peut-être il y a des perturbations d'ordre similaire dans l'hystérie.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et qui n'a pas été jusqu'à présent confirmée. Il faudrait, pour être auto-

risé à établir une relation de cause à effet, un nombre suffisant de cas dans lesquels se retrouveraient avec constance des modifications toujours comparables entre elles ou mieux toujours les mêmes, car il est banal de rencontrer chez tout malade bien étudié des signes divers sans corrélation les uns avec les autres.

A l'heure actuelle, si dans quelques cas l'on découvre des modifications biologiques, contre un très grand nombre où l'on ne décèle rien, ne serait-il pas arbitraire de supposer qu'elles existent pourtant et que l'absence de résultats est due seulement à l'insuffisance de nos moyens d'investigation ? Les résultats négatifs ne prouvent rien, dit-on à l'ordinaire ; c'est vrai, mais tant que la démonstration définitive n'aura pas été apportée, nous nous croyons en droit de tenir pour hypothèse a priori toute théorie qui prétendrait qu'existent constamment des troubles physico-chimiques.

4° Les réflexions du Dr René Bénard ont été faites à propos des conclusions de MM. Tinel, Baruk et Lamache qui présentaient l'exemple très minutieusement étudié d'une malade de 18 ans sujette à des crises de catalepsie avec contracture tonique des membres, intense et prolongée, réalisant un tableau de « rigidité décérébrée ». Ces auteurs ont admis pour ce cas le diagnostic de crises de catalepsie hystérique. Nous ne pouvons, à notre grand regret, reproduire cette observation. Le point important est celui-ci : l'observation clinique scrupuleuse, l'essai de tests physiologiques ont permis de découvrir chez cette malade toute une série de phénomènes très

objectifs, dont le caractère organique paraît indiscutable, et qui traduisent l'existence, au moment des crises, d'un bouleversement physiologique profond et véritable.

Un article de la *Revue Médicale Française* (janvier 1929) a fort bien résumé cette argumentation : Nous empruntons à cet article les idées suivantes en les condensant davantage.

« Leurs arguments peuvent se ramener à trois :

1° Tout un ensemble de signes s'accordent pour attester que la crise s'accompagne d'un brusque *déséquilibre vago-sympathique*, c'est-à-dire, en l'espèce, une crise *vago-tonique* :

a) L'examen de la malade, pendant la crise, révèle les signes d'une vagotonie manifeste.

b) On peut faire cesser immédiatement la crise par tous les procédés physiologiques qui réalisent une paralysie du pneumo-gastrique...

c) Inversement, on peut faire apparaître la crise, à tous coups, par injection d'une substance excitante du pneumogastrique...

2° Une autre série de symptômes semble indiquer qu'il se produit, au moment de la crise, un *spasme vaso-constrictif* au niveau des artères cérébrales.

a) L'examen oculaire a montré constamment, pendant la crise, une image de spasme rétinien...

b) Surtout, on peut déterminer la crise, avec une régularité absolue, par une simple inhalation de nitrite d'amyle, médicament vaso-dilatateur par excellence.

3°) Enfin, la rigidité, si bizarre en apparence, qui accompagne ces crises hystériques, rappelle d'une façon impressionnante les attitudes physiologiques bien connues de la rigidité décérébrée.

A cause de cet ensemble les auteurs ont été conduits à penser qu'un phénomène psychique ne pouvait à lui seul expliquer les manifestations pithiatiques et qu'entre les troubles fonctionnels et les affections organiques il devait exister une liaison, un terme de passage. « Une telle hystérie déborde manifestement le cadre des accidents simulés, inventés ou exagérés. Nous ne pouvons plus considérer ces crises nerveuses comme étant uniquement des créations, sinon volontaires du moins artificielles et incohérentes d'une sorte de fantaisie imaginative ; il faut y voir, au contraire, l'expression à peu près régulière et constante de réactions physiologiques réelles. Un certain nombre de crises hystériques, tout au moins, sont *indépendantes de la volonté du sujet, subies par lui, reposent sur un substratum physiologique indiscutable*, probablement dans quelques cas, sur une perturbation vaso-motrice du système artériel cérébral ».

« Il faut bien admettre, à l'heure actuelle, écrit M. Tinel, que chez les hystériques et même souvent chez les mythomanes, le déséquilibre des réactions physiologiques s'associe au déséquilibre psychique. Il est évident que ces malade trouvent en particulier dans l'intensité particulière, de leurs réflexes excitateurs ou inhibiteurs et de leurs réactions vaso-motrices des moyens d'expressions véritablement anormaux. A la perturbation des réactions psychiques s'associent presque toujours chez

ces malades la perturbation et le déséquilibre des réactions physiologiques ; les deux éléments peuvent s'associer diversement, ils peuvent se commander, se conditionner et se renforcer l'un l'autre, mais ils n'en sont pas moins l'un et l'autre absolument réels... L'hystérie serait donc ainsi, dans une certaine mesure, capable de reproduire, par ses *troubles fonctionnels momentanés* et probablement en particulier par des angio-spasmes localisés, des syndromes à peu près analogues à ceux que réalisent des lésions anatomiques et des altérations inflammatoires indiscutables ».

La réalité des modifications physiologiques à propos de ces accès paroxystiques que MM. Tinel, Baruk, Lamache classent dans l'hystérie est une notion d'un très gros intérêt.

Mais, dans ce cas, si remarquablement étudié, nous avons l'impression pourtant que les auteurs qui ont indiqué avec grand soin la cyclothymie et la mythomanie chez leur malade n'ont pas assez souligné sa constitution émotive, laquelle, d'après leur observation très fouillée, nous paraît évidente. Or, les modifications physiologiques qu'ils ont signalées sont toutes, à notre avis, d'ordre émotif ; n'avons-nous pas, en conséquence, le droit d'émettre l'hypothèse d'accident de nature purement émotive ? L'émotion, qui est capable de réaliser des bouleversements physiologiques très importants, qui peut même développer de la confusion mentale, ou causer la mort subite, pourquoi ne l'invoquerait-t-on pas en cette circonstance ? Cette hypothèse d'accident de nature émotive nous semblerait plus légitime que celle d'accident

hystérique, en ce qui concerne les modifications physiologiques tout au moins.

Nous nous rallions entièrement à la réponse que M. Laubry fit à ce propos à la Société médicale des Hôpitaux : « En ce qui concerne les crises hystériques, bien que, pour beaucoup d'entre elles, il soit facile de les produire par suggestion et de les faire cesser par persuasion et qu'ainsi elles rentrent pleinement dans le domaine des faits pithiatiques, il n'est pas moins possible qu'elles soient complexes et qu'on y dépiste des associations morbides, car, et ce n'est pas là un de ses moindres mérites, Babinski a insisté sur l'association fréquente du pithiatisme, non seulement avec les lésions organiques qui sont en quelque sorte l'amorce ou l'épine, mais encore avec les troubles mentaux et fonctionnels nerveux d'un autre ordre »...

« Chez la malade de M. Tinel, s'est trouvée mise en évidence une série de phénomènes d'ordre plutôt émotif, vaso-moteur, neurotonique et dévoilée une association morbide entre le pithiatisme et la neurotonie ».

Dupré, lui-même, avait depuis longtemps insisté sur la fréquence des associations hystéro-émotives dans lesquelles la tendance mythomaniatique amplifie, déforme ou « prend en quelque sorte la suite de l'émotion », la développe et la prolonge.

Nous dirons, pour résumer notre pensée : dans le cas présenté par MM. Tinel, Baruk, Lamache, une association morbide permet d'expliquer à la fois les réactions physiologiques par l'émotivité (neurotonie) et l'allure hystérique par l'adjonction mythomaniatique.

Nous insistons sur la nécessité de séparer, au point de vue nosographique, émotivité et hystérie ; c'est le seul moyen d'éviter des discussions sans issue comme celle qui précède.

4° Ces critiques étant faites, nous les compléterons par d'autres, d'une portée plus générale.

1) Ce qui permettrait de justifier la théorie des organicistes c'est que l'accident hystérique, apparaissant sous l'influence de causes diverses, des états organiques peuvent justement être notés comme cause déclenchante d'un trouble paroxystique. Toute maladie organique, nerveuse ou viscérale, générale ou locale peut être, disons-nous, pour l'hystérique, l'occasion d'un trouble surajouté d'origine mythomaniaque ; à l'ordinaire, c'est le signe légitime qui est alors amplifié, « exploité ».

Remarquons d'abord qu'une cause quelconque d'ordre matériel ou moral peut, aussi bien qu'un état organique, donner lieu à une manifestation hystérique.

D'autre part, quand une lésion organique existe en même temps qu'un trouble dit hystérique, il est bon de faire observer que la réaction à ces conditions organiques défavorables sera spécifiquement de nature mythomaniaque. D'ailleurs il n'y a pas toujours de relation immédiate et directe entre la réaction mythomaniaque et le trouble viscéral concomitant. Ainsi, une convalescente de maladie infectieuse peut très bien « faire » une crise hystérique à grand fracas — et malgré que ceci soit fatigant — alors qu'elle aurait dû, selon une apparente

logique, faire un accident « en moins » (de l'astasié-abasie, par exemple) si la répercussion était directe.

Il n'est pas douteux cependant que, en règle, l'hystérique « choisit » sous l'influence de son besoin affectif impulsif, pour les réaliser, les accidents qui s'adaptent le mieux à son état actuel. Or, dans ce cas, il y aura toujours une teinte très particulière trahissant la nature mythomaniacale, c'est-à-dire l'aspect artificiel de la simulation morbide. Par exemple, au cours d'un état dépressif qui, en somme, correspond à un état organique défavorable, on voit fréquemment surgir des manifestations hystériques sous forme, entre autres, d'astasié-abasie ou de fausses syncopes, mais leur allure spéciale est une signature de l'élément mythomaniacal concomitant.

Chaque individu a sa façon très personnelle de réagir aux événements quels qu'ils soient : chagrin, maladie, revers de fortune, amour, etc... Un excité ou un déprimé, un hypocondriaque ou un anémotif se comporteront-ils pareillement sous l'effet d'une maladie ? Pas du tout !

Prenons le cas d'une femme de qui on dirait simplement qu'elle est vaniteuse, ou qu'elle a beaucoup de coquetterie : ce n'est, en réalité qu'un léger degré de mythomanie. Observons sa manière d'être à propos d'une maladie quelconque. Sans aucun doute elle profitera de cette circonstance pour s'imposer un peu plus à l'attention apitoyée de ses proches et au souvenir de ses amies. La vaine « gloriole » de son mal l'incitera à lui prêter une « touche » personnelle ; flattée si un médecin habile

et astucieux sait trouver dans son état quelque signe inédit, elle aura une vive satisfaction à répéter partout le terme nosologique inusité qui éveille les curiosités par sa consonnance étrange ou impressionnante et le détail original qui fait d'elle une malade « à part » dans la masse commune de tous les gens qui ont par exemple une simple grippe, ce qui vraiment est trop banal pour elle. N'est-elle pas tentante la comédie du pathologique lorsqu'un malaise exploité avec talent aboutit à un beau succès ? Faut-il gravir des quantités d'échelons pour sortir du simulacre anodin, confinant à l'enjolivement sans trop de tricherie, et arriver au stade de l'hystérie, avec sa construction de toutes pièces d'une maladie fictive ? Les hystériques, remarquera-t-on, ne tirent pas toujours gloire de leur état ? encore que beaucoup d'entre elles ont la « coquetterie » de leur mal, elles sont bien trop rusées pour laisser percer leur secrète jouissance.

2) Les manifestations hystériques empruntent, pour se réaliser, des modifications physiologiques, cela est incontestable. L'hystérique est un simulateur en ce sens qu'il cherche à faire croire à la réalité de ses troubles ; il est aussi, pratiquement, un imitateur. Le trouble simulé existe fonctionnellement et par conséquent met en jeu des modifications corporelles ; comme le remarque G. Dumas (Psychologie, tome I, page 283) : « Il ne peut y avoir dans l'organisme une fonction qui fasse exception aux lois générales du déterminisme et du mécanisme ».

Cela signifie-t-il qu'il existe une lésion du système ner-

veux central ? Aucunement ! Il y a de manière évidente une relation étroite entre les phénomènes psychiques et les phénomènes physiologiques, mais l'hystérie n'a pas besoin, pour se produire, d'autre chose que les modifications accompagnant tous les phénomènes psychologiques.

Un des principaux arguments sur lesquels notre conception de l'hystérie-simulation morbide est étayée sera développé dans l'étude du comportement général des mythomanes. Nous espérons démontrer que l'accident hystérique, survenant sur un fond de déséquilibration mentale ancienne, est l'équivalent de n'importe quel autre accident d'origine mythomaniacale, que ce soit une dénonciation calomnieuse, une simulation d'attentat, etc...

Cette raison primordiale nous amène à dire qu'il faudrait toujours supposer une raison anatomo-pathologique à l'éclosion d'un roman fabuleux ou d'une série de lettres anonymes, et d'une façon plus générale, pour chacun des actes du mythomane, c'est-à-dire pour l'ensemble de son comportement permanent. Or, les accidents mythomaniacaux typiques conditionnés par un état constitutionnel relèvent d'un processus purement psychologique, en rapport avec une pathogénie seulement affective.

Les mêmes mythomanes peuvent simuler par le même mécanisme purement psychologique des maladies : ce sont ces manifestations de mythomanie somatique qui doivent, à notre avis, représenter l'hystérie.

La recherche des lésions anatomiques déterminantes de ces phénomènes hystériques est du même ordre que

l'étude de l'anatomie pathologique des perversions *constitutionnelles* de la bonté ou de l'avidité. Dans tous ces cas il s'agit de pathologie de l'affectivité, dont le substratum appartient à la catégorie des faits psychologiques.

CHAPITRE VII

L'Hystérie est une simulation morbide

Ses manifestations sont conscientes, mais spontanées et impulsives

En vérité, dans les cas où un état de suggestibilité ne fait pas sa preuve, les accidents hystériques représentent, croyons-nous, une simulation morbide et dépendent d'un état constitutionnel mythomane.

Écoutez l'aveu de M. Babinski : « Il ne faut pas oublier qu'un simulateur habile et éduqué à bonne école pourrait arriver à reproduire avec précision tous les accidents hystériques ».

« Il y a tout lieu de croire que bien des hystériques deviennent des simulateurs et arrivent à reproduire à volonté, suivant leur caprice ou leur intérêt, des troubles qui, au début, étaient le résultat de la suggestion et de l'auto-suggestion ».

« S'il existe, note de son côté M. Logre, des signes permettant de reconnaître avec certitude la simulation,

il n'existe, par contre, aucun signe permettant de distinguer l'hystérique du simulateur ». L'hystérie devient, dans ces conditions, la « sœur inconsciente de la simulation ».

Rejetant cette notion d'inconscience, nous allons essayer de montrer les caractères essentiels de cette simulation morbide qui est : consciente, mais spontanée et impulsive.

Le malade se montre avec des signes objectifs ; il n'ignore pas qu'il en est l'auteur, dirons-nous contrairement à l'opinion courante.

Bien entendu, il n'en conviendra pas. Si l'on conteste sa bonne foi, il se défend vivement ; le soupçon paraît l'affecter beaucoup : on a même remarqué l'accentuation qui s'en suit. Cela s'explique aisément : le syndrome imité, pas assez convaincant, a éveillé le doute ; il devient nécessaire, dès lors, de faire plus riche, plus impressionnante la symptomatologie afin d'entraîner la conviction du médecin, et par cela même de n'être pas démasqué. Laisser voir avec ostentation le soupçon d'une simulation, c'est pour le thérapeute le plus sûr moyen de rater sa cure.

Il est bien évident que le malade n'avouera jamais que le syndrome mimé est son œuvre. L'hystérique, mythomane, nous mène en pleine pathologie de la véracité ; comment espérer un aveu sincère de sa part ? Non seulement il trompe son entourage, mais encore il se ment à lui-même. Et la prétendue inconscience du mythomane n'est qu'un mensonge de plus : refus ou incapacité d'analyse, absence de sincérité à l'égard de soi-même,

absence encore plus grande de sincérité à l'égard d'autrui, telles sont les raisons de l'apparente inconscience.

Chez l'homme normal, la sincérité dans la vie intérieure nécessite tant de qualités qu'on peut la dire très rare. La Fontaine, rappelle, dans « La besace », que nous sommes :

* « Lynx envers nos pareils et taupes envers nous ».

Nous ne reprendrons pas ici tout ce qui a été écrit sur « la conscience justificatrice » (Voir notamment Hesnard : « La relativité de la conscience de soi »).

L'amour-propre qui transforme joliment nos défauts en qualités excelle à voiler et truquer le vrai caractère des mobiles qui nous déterminent. Il y a longtemps, d'ailleurs, que La Rochefoucauld a parlé des « ruses » de l'égoïsme.

Lorsqu'un sujet sincère par rapport à autrui « se cite à son propre tribunal », comme dit Sénèque, quelle modestie, quelle sévérité, quelle humilité lui sont nécessaires pour mener à bien son examen de conscience ! Un mythomane ne se donne jamais pareille peine : il est très peu agréable de regarder évoluer en son for intérieur des sentiments vils. Mieux vaut ne pas s'enquérir de ce qui se passe dans ces régions profondes ; ce serait faire des découvertes susceptibles de troubler la quiétude. Au reste, le mythomane, aussi habile à se duper qu'à duper les autres, trouve préférable d'éviter ces coups de sonde en sa conscience. Il s'illusionne devant le masque dont il se pare pour transfigurer ses vraies faiblesses ; et, voilant d'un rideau ses mobiles peu avouables, il procède à un escamotage lui permettant de se justifier à ses pro-

pres yeux : ainsi est évité le contrôle de sa conscience. A notre avis, l'hystérique ne peut pas ignorer qu'il est l'auteur de la comédie où il est acteur. Il s'agit de refus d'analyse intérieure plus que d'inconscience vraie ; ce fonctionnement d'allure subconsciente en s'examinant bien se révèle à la claire conscience. Sans doute n'a-t-il pas une connaissance très précise de ses mobiles véritables, sans doute ne peut-on parler de conscience « réfléchie » à son propos. Peu à peu, puis complètement, habitué qu'il est, dès ses premiers gestes, à déformer la réalité, il perd de vue, il oublie le but intéressé de ses actes, ou plus exactement il néglige de s'en rendre compte. Sa vanité, facteur affectif prédominant chez lui est tellement prononcée, elle est tellement lui-même qu'il finit par la méconnaître. Quoique les raisons de ses agissements puissent lui échapper, il n'en est pas moins certain que l'action immédiate, en l'espèce le signe pathologique, reste toujours consciente ; il sait pertinemment qu'il fabrique du faux. Nous ne prétendons pas qu'il les pense expressément, pourtant il les sent ces faits internes ; il en a la perception immédiate : ils ne sont donc pas inconscients.

L'hystérique sait qu'il n'est pas un vrai malade, que son impotence par exemple n'est qu'un trompe-l'œil — et favorable à ses fins — d'où sa sérénité. Mais il veut faire croire qu'il est malade, car il a le désir d'être traité comme un malade : or, ce désir inavouable, il se garde bien d'en faire part.

Les manifestations, si elles sont conscientes, sont d'autre part spontanées : l'influence étrangère, l'hétéro-sug-

gestion, n'y a qu'une importance très accessoire ; elle n'est que le prétexte de leur éclosion. L'insinuation médicale donne l'occasion de mimer un syndrome, sans pour cela être la cause déterminante de celui-ci et « il y a réaction disproportionnée du malade à cette incitation minime dont il tire cependant le maximum d'effet... » (Logre).

La contemplation d'un ensemble pathologique lui sert de « document », car il imagine « à la manière de », selon l'expression de Logre ; mais l'hétéro-suggestion n'impose rien, elle donne l'idée d'un syndrome à imiter, rien de plus. Par exemple un hystérique a remarqué la claudication, l'attitude vicieuse, la contracture d'une coxalgie, ce tableau est gardé dans sa mémoire. A propos d'une chute ou bien d'une vague douleur transitoire, au niveau de sa hanche, ou même sans cela, le souvenir reparaissant va être utilisé. Il s'en empare, le cultive. Il imagine d'avoir, de présenter un aspect de coxalgie (et non il s' imagine avoir) : pour cette réalisation il emploiera ses connaissances antérieures. Il n'y a pas suggestion, mais plutôt exploitation d'un souvenir. La chute ou la douleur n'aura servi que de point d'appel pour fixer, localiser l'idée d'une maladie à simuler.

L'état de maladie est, pour l'hystérique, un bien vers lequel il aspire plus ou moins confusément. Ce bien, il est incliné à l'atteindre ; il a tendance à exécuter les actes qui peuvent l'amener à cette possession.

Ce désir constituant dès l'origine sa disposition prépondérante, il ne sent guère sa sollicitation intérieure. Il s'approuve nécessairement, car le développement excessif

de sa disposition mythomaniacale fait que celle-ci, prenant le pas sur les autres composantes de la personnalité, les éteint pour son profit.

Poussé à agir par cette inclination pervertie, exagérée, et presque exclusive par son exaltation extrême, il n'a pas l'occasion de ressentir le malaise de la lutte intérieure. Les freins de l'éthique, son pouvoir d'inhibition dans l'ensemble, ne peuvent rien contre cette affectivité dévoyée et l'absence de résistance empêche le sujet de prendre une connaissance parfaite de la force qui le détermine à simuler, tandis qu'il en aurait la sensation nette s'il luttait contre son idée morbide de la réalisation d'un signe pathologique.

Il s'agit d'une impulsion-tentation. Dominé, entraîné, emporté par la toute puissance de sa tendance hypertrophiée, il est incapable d'y faire obstacle. Son orientation affective, son appétition le lancent vers l'acte quand celui-ci semble réalisable et bien adapté aux circonstances. Il y a, certes, une notion plus ou moins nette des moyens et des fins ; toutefois, ce n'est pas une activité franchement volontaire, puisque celle-ci suppose délibération, choix hésitant et décision. L'action chez l'hystérique est plus immédiate.

Cette impulsion-tendance du mythomane se révèle très différente de l'impulsion-obsession. Ici le malade lutte, il souffre, il a un sentiment d'horreur, de répulsion pour l'objet de son inclination morbide. Il ne cédera à son impulsion qu'à bout de forces et pour faire cesser son anxiété. Rien de comparable chez l'autre : une soumission sans combat ; adapté à sa création, il s'y trouve à l'aise ; il se complait dans ses manifestations morbides.

La charge affective de la tromperie à réussir est si considérable qu'il n'y a pas de drame intérieur. La phase de réflexion inhibitrice se trouve tout de suite débordée et le malade s'installe sans plus de gêne dans son rôle souhaité.

Il y a dans les manifestations de l'hystérie, et plus généralement de la mythomanie, un caractère d'impulsivité, un élément d'irrésistibilité, tout comme dans la manie, de sorte que l'on ne peut déclarer volontaires les accidents hystériques. « Les états affectifs de tous ordres sont des forces brutales et aveugles » (Payot). Il s'agit d'une simulation morbide, où l'acte n'est volontaire que très relativement : volonté atténuée par la relativité qui s'attache aux actes de nature impulsive. Entre les manifestations de cette perversion de l'affectivité se localisant dans le cadre du mensonge somatique, et la simulation franche, volontaire, motivée, il existe la même différence de degré qu'entre le geste impulsif et l'acte longuement prémédité.

Il est bien difficile de faire admettre à une mentalité saine qu'un intérêt affectif conduit le malade mythomane soit à se faire condamner pour une crime dont il n'est pas l'auteur, soit à s'infliger une impotence ou à simuler un syndrome chirurgical aigu malgré les risques d'une intervention. Cela est pourtant. Dire de la simulation hystérique qu'elle est une simulation morbide, c'est souligner l'épithète morbide (1) : il s'agit d'anormaux, et

(1) « Simulation morbide ! cela est d'importance. En effet, si elle est morbide, cette simulation ne relève que d'une compétence celle du médecin psychiatre. Et c'est pourquoi, très justement, sans des exceptions négligeables, les hystériques mythomanes pendant tout le cours de la guerre ont été traités comme ils devaient l'être, c'est-à-dire comme des malades ». (Achille Delmas, *Pevue Philosophique*, 1920).

soumis à une perversion instinctive qui les rend étrangers aux lois de notre affectivité.

Tandis que le sujet normal désire habituellement plaire, séduire, ou pour le moins essaie de susciter dans l'esprit d'autrui une image avantageuse de lui, le mythomane n'a qu'une inquiétude : intéresser à tout prix et quelle que soit d'ailleurs la réaction du milieu : flatteuse ou pas, admirative ou critique, sympathique ou non. Sa règle est d'attirer sur lui le regard d'une collectivité, plus ou moins nombreuse suivant l'étendue de ses aspirations.

L'on n'a plus alors à s'étonner de l'insouciance, de l'indifférence, du contentement même de ces anormaux. Posant au malade, ils semblent oublier leur intérêt. En réalité, ce n'est pas par l'oubli de soi, la disparition de l'instinct de conservation, que peuvent s'expliquer la naissance et le progrès de la mythomanie somatique ; c'est bien plutôt par l'existence fondamentale, originelle de la mythomanie et son progrès par la répétition des gestes trompeurs que s'explique le défi apparent à l'instinct de conservation. Ne manquons pas de redire, toutefois, que la comédie va exceptionnellement jusqu'à l'enjeu vital.

CHAPITRE VIII

Le Comportement général des Mythomanes

Son étude démontre que le véritable accident hystérique n'est qu'un épiphénomène sur le terrain de la mythomanie

GENERALITES.

Ne voir dans l'hystérie que les manifestations paroxystiques, sans déterminer le cadre dans lequel celles-ci prennent insertion, c'est se limiter à *un moment* de la vie du malade et n'étudier qu'un *épiphénomène*. Les syndromes d'ordre somatique imités par l'hystérique ne sont qu'un aspect accessoire et contingent de l'état morbide : ce qui importe par-dessus tout, c'est d'établir le bilan complet des anomalies du sujet et un diagnostic englobant l'ensemble de ses réactions. Systématiquement, comme toujours doit se construire une observation médicale, il faut fouiller le passé dans ses moindres détails, suivre l'évolution du malade dans tous ses faits et gestes depuis le berceau.

En étudiant pas à pas et d'unbout à l'autre de son existence un hystérique, on verra qu'il est titulaire d'une « constitution » bien spéciale. Les modalités multiples qui traduisent cette constitution présentent un lien entre elles ; c'est à cause de cette unité, ainsi que nous le verrons, qu'on peut ramener à une même disposition psychique anormale des faits en apparence dissemblables tels que toxicomanies homicides, anonymographies, inventions de fausses nouvelles, enfin simulation d'une maladie, ou hystérie proprement dite. L'observation précise, minutieuse, prolongée du comportement général de tous ces êtres, rentrant dans la catégorie des mythomanes, démontre l'existence d'une constitution commune originelle.

Rappelons par comparaison comment s'est fondée la notion de constitution paranoïaque.

Sans reparler des descriptions de Magnan, Séglas, Régis, Arnaud, arrivons aux travaux si remarquables de MM. Sérieux et Capgras. Ces auteurs, étudiant les folies raisonnantes et isolant le délire d'interprétation systématisé ont montré qu'à l'origine de cette psychose existe un état constitutionnel dont l'élément essentiel est une singulière « hypertrophie du moi ». Le délire représente l'épanouissement de la constitution paranoïaque : la vie tout entière du malade en est la preuve. Cette perturbation primitive et profonde de la personnalité affective repose sur une hypertrophie des tendances égocentriques. Et cet orgueil morbide implique la méfiance, entraîne la fausseté du jugement, et s'accompagne d'une excitation émotionnelle chronique « qui en est comme la conséquen-

ce nécessaire » (Dumas). Les caractéristiques des tendances paranoïaques et les aspects divers de cette psychose s'expliquent ainsi par un déséquilibre affectif initial.

Nous voudrions montrer que la conduite de l'hystérique, comme celle du paranoïaque, découle de l'hypertrophie d'une disposition affective-active ; le curriculum vitæ psycho-pathologique du mythomane révèle que la trame constitutionnelle sur laquelle s'échelonnent des manifestations paroxystiques est tissée de vanité, comme la trame paranoïaque est tissée d'orgueil.

Une remarque préalable s'impose : la distinction entre orgueil et vanité demande à être précisée, car souvent l'on emploie ces termes comme des synonymes, ou bien on les croit associés de façon nécessaire.

Or, tandis que l'orgueil est « un sentiment exagéré et permanent de la valeur personnelle » (Ribot), la vanité est avant tout désir de paraître. L'orgueilleux trouve ses éléments en soi ; cette source personnelle le dispense des apports étrangers : on est orgueilleux pour soi, en son for intérieur, et quoi qu'en pensent les autres. Le vaniteux, par contre, a besoin du secours d'autrui. On est vaniteux en fonction du milieu : c'est une résultante de la vie en société. (Et nous ne voyons point dans la vanité une attitude de « narcissisme », comme le voudraient les psychanalystes).

M. Charles Fiessinger (dans « Les maladies du caractère ») a indiqué en une phrase très heureuse les modalités contraires de leurs réactions à l'égard du milieu : « l'orgueilleux ferme sa porte aux intrus, le vaniteux l'ouvre ». Et s'il fallait schématiser leurs comportements respectifs, nous dirions : « être » est la devise de l'or-

gueilleux ; « *paraître* » celle du vaniteux. Sans aucun doute « être » et « paraître » se soutiennent fréquemment ; ce n'est donc pas une opposition que nous établissons, mais une simple différenciation.

*
**

LA CONSTITUTION MYTHOMANIAQUE

SES PREMIÈRES MANIFESTATIONS. SA GENÈSE

Pitres disait : « On naît hystérique, on ne le devient pas... » (1).

Nous allons rechercher par quoi se trahit la constitution mythomaniacale à mesure que passent les années.

D'abord quelle est l'hérédité d'un mythomane ?

Parfois l'un de ses générateurs immédiats lui a transmis la constitution mythomaniacale dont il était lui-même doté ; plus souvent on ne retrouve dans ses antécédents héréditaires que l'existence d'autres modalités de déséquilibre, ou seulement des tares diverses et banales (alcoolisme, tuberculose, syphilis, épilepsie, consanguinité ou âge avancé des procréateurs).

Suivons maintenant, dès ses premiers gestes, « l'hystérique en puissance ».

Il est malaisé de pénétrer l'âme d'un enfant avant l'âge de 3 ou 4 ans. Les moyens d'expression, dont il

(1) Note. — 1^o Par contre, on peut devenir « pithiate » selon les conditions que nous avons énoncées

2^o Nous n'envisagerons pas ici les cas de mythomanie consécutifs à une encéphalite épidémique : ces états acquis ne nous semblent pas rigoureusement comparables à l'état constitutionnel inné.

dispose, risquent, par leur insuffisance, d'entraîner des erreurs d'interprétation. Toutefois, de même que l'on peut remarquer chez un bébé une tendance affectueuse puissante, on peut, à de certains signes, percevoir l'ébauche de la mythomanie.

Tel enfant prolonge un cri pour un but utilitaire, il accentue et dramatise ses réactions, alors que l'absence de larmes et de modifications vaso-motrices par exemple donne à penser qu'il ne s'agit point d'un accès émotif. D'autres fois, il prolonge un rire, une attitude, cherchant à capter l'attention de l'entourage. C'est une sorte d'artifice, de chantage, d'affectation intentionnelle précoce.

Plus tard ces signes, à peine ébauchés, et sur lesquels bien sûr il serait imprudent de formuler un diagnostic et un pronostic, vont se préciser. Lorsque la mimique et le langage, devenus plus riches et plus adéquats aux situations, mettront davantage en évidence la personnalité naissante, il sera plus aisé de déceler la tendance morbide.

Il est admis que tous les enfants ont une sincérité suspecte. La plupart des troubles du caractère et la mythomanie en particulier ont chez eux une existence physiologique presque normale. Dupré, notamment, considère la mythomanie comme un état psychique normal de la seconde enfance et il a illustré cette opinion d'une grande abondance d'observations cliniques et médico-légales.

Toutes les tendances constitutionnelles, d'ailleurs, sont plus prononcées durant l'enfance que dans l'âge adulte (il y a là un fait général qui consiste en ce que la pré-

dominance de la vie affective sur la vie intellectuelle est encore plus forte dans l'enfance que dans le reste de la vie).

Renonçant à discuter ici la question des erreurs de l'imagination et du mensonge véritable chez l'enfant, nous nous contenterons de comparer le mensonge banal, motivé et accidentel en quelque sorte, avec le mensonge si spécial du mythomane.

Tous les enfants, quels qu'ils soient, mentent — et beaucoup plus que l'adulte — Mais, dans la « mythomanie habituelle » des premières années, il y a des degrés ; un observateur averti doit savoir reconnaître très tôt un mythomane certain ; on ne peut hésiter longtemps devant cette propension si forte à « truquer ». L'enfant normal ment, par occasion et pour un but. Ceci constitue une différence notable avec l'état de mensonge continu du mythomane. Ce dernier ment à propos de tout : dans ses paroles, ses actes, ses manières. Il ment avec une fréquence et une abondance extraordinaires, « pour rien » semble-t-il, sans intérêt évident, ou « pour le plaisir », d'une façon quasi-impulsive. Cette immodération trahit la morbidesse : à l'analyse, on s'aperçoit que cette vie artificielle s'établit sous l'influence irrésistible d'un appel vaniteux. La caractéristique de ce besoin morbide de tromper c'est de sévir en permanence sur l'ensemble du comportement.

Les mythomanes « en herbe » se reconnaissent assez aisément. Sans cesse prêts à mentir, il ne leur suffit point d'altérer en paroles la vérité ; ils inventent, et, se grisant de leurs inventions, ils cherchent « à se faire va-

loir ». S'ils ne sont que hâbleurs, on les voit, pleins d'assurance, créer des histoires, jamais désarçonnés malgré leurs contradictions, ne sourcillant pas devant la démonstration de leurs fourberies.

Aptes à imaginer, prompts à l'imitation, ils acquièrent, semble-t-il, plus que d'autres une grande habileté à reproduire les gestes et les façons d'agir perçus dans leur entourage.

Ainsi ils paraissent souvent « en avance » sur les gamins de leur âge. Eveillés, malicieux, vantards, fanfarons, ils tiennent à faire remarquer leur existence. Et ces « petits malins », tantôt ont un aplomb formidable, tantôt, au contraire, prennent une attitude douceuse, une figure timide : cet air candide est un raffinement de plus dans leur dissimulation.

Les fillettes, plus que les garçons, s'exercent à la comédie des larmes, aux apparences théâtrales et impressionnantes. Préoccupées sans cesse de leur seule personne, elles ont une coquetterie inouïe. Avec cela, trop d'affectation dans les sentiments : habiles à masquer leurs défauts et par contre à simuler les qualités estimées, elles savent attirer sur elles compliments et cajoleries. Extériorisant avec excès leurs émotions, elles prennent des attitudes prétentieuses et fallacieuses, propres à servir leurs fins ; les unes s'amusent à simuler la peur tragique, par exemple, d'autres ont le culte tapageur de la tendresse et de la câlinerie ou un désir sans limite des louanges.

Dès leur jeune âge, « habiles à feindre et à mentir », écrit Regis, « cherchant à fixer sur elles l'attention »,

les futures hystériques présenteront un peu plus tard, au-delà de 12 ans, divers stigmates intellectuels : « Mobilité excessive, tendance très manifeste à la contradiction, à la controverse, aux idées paradoxales, à toutes les opinions et théories qui peuvent les distinguer, les mettre en évidence ».

Il semble que l'essentiel pour elles soit de ne pas passer inaperçues : forcer l'attention de la famille, des camarades, du maître, etc., produire un « effet » quel qu'il soit, en « crânant », en se singularisant par des manières, en posant au malade aussi.

Quand, à la tendance mythomaniaque s'associe la méchanceté ou la cupidité ou un besoin d'activité (le mythomane pur est une exception), ces garnements passent aux actes. Alors, ce ne sont plus simplement des « fables en marche », selon l'expression de Dupré : aux récits invraisemblables s'ajoutent les mystifications, la calomnie, les fausses dénonciations, les simulations d'attentats sexuels, ou de suicide, etc...

C'est un incident provocateur quelconque qui orientera l'activité morbide vers la réalisation des manifestations précédentes ou bien d'accidents corporels (hystérie), dont les plus fréquents à cet âge, sont : la coxalgie, les vomissements et l'anorexie, le mutisme. Etre malade constitue, en effet, un excellent moyen de jouer un rôle, de retenir par force l'attention de l'entourage. Outre la satisfaction de la vanité (absurde volupté d'être un « cas sortant de l'ordinaire » et de poser une énigme aux médecins) ce moyen offre encore l'avantage — le plus

souvent — de « rapporter » quelques marques de tendresse, ou, au minimum, une certaine bienveillance.

Essayons maintenant de montrer *la genèse et le développement* dans l'enfance de la constitution mythomaniacale.

Prédéterminée par l'innéité elle se développera d'autant mieux que le milieu sera plus favorable. De même que le caractère normal « va se déterminant sans cesse davantage par les *aptitudes* qu'il acquiert, et les *habitudes* qu'il contracte plus ou moins délibérément » (Duprat (1), de même s'établira de plus en plus solide la constitution mythomaniacale. La genèse du comportement des hystériques nous paraît comparable en tous points à celle du caractère normal.

C'est par un apprentissage graduel, par une suite « d'essais et d'erreurs » et finalement « d'essais et de succès » que le mythomane arrive à réaliser son comportement où domine l'artificiel. Le « critère pragmatique » : « le succès dans l'action, qui est dès le premier moment le critère de la valeur des démarches » (Duprat), chez l'enfant normal, est aussi celui du mythomane.

Tout jeune il a su remarquer dans quelles conditions il obtenait « du succès ». Il s'efforcera de renouveler son jeu. Bébé, il a crié, pleuré pour une raison réelle : gêne ou douleur ; on s'est approché à ses cris ; on s'est occupé de lui, et probablement l'a-t-on cajolé. Ce plaisir, il voudra l'obtenir de plus en plus intentionnellement, puisqu'il lui est agréable. Ainsi, semble-t-il, se perfec-

(1) Duprat. — *Education de la volonté et des facultés logiques* (Edit. Doin).

tionne l'aptitude à simuler. Mais bientôt l'habitude morbide le dominera : l'exercice répété, fréquent, qui l'a conduit à produire des aspects de malaise ou des crises, ou des supercheries quelconques, supprimera l'effort intentionnel ; les actes deviendront davantage automatiques et impulsifs.

Plus tard, cet enfant qui, dans certains cas, avait été l'objet de soins permanents, parce que débile ou déprimé, habitué à centraliser l'attention de sa famille, persistera dans ses attitudes de maladie, et cela d'autant plus qu'il aura un entourage prêt à s'apitoyer outre mesure. D'autres fois, c'est un enfant non chétif, mais de qui les trouvailles ont paru drôles : il a charmé ou étonné les siens par ses mots, ses grimaces, ses actes. Il a retenu sur lui le regard des autres : cette façon de faire lui plaît, il continuera. Puisqu'on le trouve « intéressant » ce petit personnage, il se maintiendra dans son rôle et saura exploiter jusqu'au bout cette mine.

Reconnaissant au « milieu » dans lequel l'enfant se développe une certaine importance, nous devrions logiquement conclure qu'une prophylaxie de la mythomanie est possible. Hélas ! il ne faudrait pas s'illusionner sur ses résultats : malgré un milieu défavorable, la constitution innée primant tout trouvera à se développer. Certes, nous n'avons que des « possibilités héréditaires », en venant au monde ; toutefois, si elles sont vigoureuses, elles se développeront, quelles que soient les circonstances, tant la personnalité innée l'emporte sur la personnalité acquise. Cependant, quand bien même la réduction du dérèglement affectif par l'éducation serait minime, on se

doit de ne pas tolérer qu'un enfant soit bluffeur, artificiel, dissimulé. C'est une faute que de se faire le complice de son affectation.

Cette mentalité qui a évolué progressivement dans l'enfance peut demeurer latente, ou mieux non évidente, jusqu'à l'adolescence. Il est exceptionnel qu'elle ne se trahisse pas à ce moment. Un signe criard donnera l'éveil : premier signe, dira-t-on ; en réalité, la préparation lente, continue, sournoise, n'avait pas été assez éclatante pour avertir la famille.

Le travail organique de la puberté déclanche les manifestations de tous les déséquilibres constitutionnels. « L'inquiète adolescence », phase si pénible pour le déprimé émotif est aussi, d'ordinaire, pour le mythomane, la période la plus bruyante, la plus riche en incidents.

L'adolescent bien équilibré s'intéresse déjà beaucoup plus que l'enfant à l'opinion des autres. La fillette, devenant jeune fille, cherche davantage à se faire remarquer, se préoccupant de l'impression qu'elle produira par l'originalité de sa tenue, de ses propos, de ses toilettes.

Le garçon devenant jeune homme subit lui aussi une accentuation de son amour-propre et de sa vanité. La constitution mythomane conduit à une exagération considérable des effets de cette évolution naturelle. Lors de la puberté, le mythomane, qui subit les mêmes perturbations que les autres adolescents, ne fait que les multiplier, mais de manière colossale : son désir de jouer un rôle va s'accuser, prépondérant sinon exclusif.

Le « cap » de l'adolescence doublé, le caractère nor-

malement doit s'affirmer, et la stabilité succéder à l'indécision. Le mythomane, lui aussi, se stabilisera dans son comportement. Quoique l'on ait insisté sur sa variabilité (peut-être un peu trop), il se fixe dans cette variabilité même, comme dans les autres traits de son caractère.

Et cet ensemble se maintiendra jusqu'à un âge avancé, s'atténuant le long des années, se modifiant aussi par adaptation aux circonstances multiples de la vie, évoluant en quelque sorte vers un « assagissement » progressif.

*
* *

Les autres périodes « climatériques » seront encore ou risquent d'être, pour le mythomane, l'occasion de recrudescence, de « retours offensifs » de la tendance morbide.

*
* *

LE MYTHOMANE ADULTE

Considérons à présent le mythomane adulte.

Tout dans sa manière d'être a quelque chose de « non naturel ». Sa vie est une comédie perpétuelle. Rien que du factice, de « l'apprêté » dans ses paroles, ses gestes, ses actes. Truquant à chaque pas la réalité, il se plaît à simuler tout ce qui est susceptible de le mettre en relief ; l'on pourrait dire que chez lui tout est « fardé ».

« Leur premier mensonge, remarque Voivenel à propos des femmes hystériques, est dans leur physionomie

et leur attitude. Elles « respirent » la bonté, la modestie et la... vérité ».

Egoïste et vaniteux, le mythomane va tout rapporter et sacrifier à la satisfaction de son besoin de paraître. Comme l'orgueilleux il a le culte de sa personne, mais c'est un culte bien plus ostensible et qui s'accroît en proportion de l'intérêt que lui porte l'entourage. L'orgueilleux, à un certain degré, devient inadaptable, se retire dans sa tour d'ivoire ; le mythomane, au contraire, loin de mépriser la société, la recherche ; c'est en son sein qu'il a son plein rendement, qu'il s'épanouit en sa plus belle activité. Toutefois, s'il a une attraction excessive pour le milieu social, c'est à la condition expresse de ne pas y demeurer ignoré. Il s'affiche, de façon quelquefois lamentable ou tragique : qu'importe le mode, pourvu que sa présence se signale à un groupement humain, même réduit.

Le mythomane affecte des sentiments élevés et qu'il ne possède pas en réalité. Le plus souvent, ces sentiments très estimés dans la vie sociale ne sont chez lui qu'une simple imitation superficielle d'autrui. Lui, qui a le goût très marqué de l'exhibition affective, qui exprime à l'excès son affectivité, s'efforce d'« étaler » des qualités appréciées ; surtout, il cherche « à se modeler sentimentalement sur les âmes qui l'attirent pour un temps » (Dide et Guiraud).

« Bizarre, capricieux, fantasque, mobile à l'excès » (Regis) l'hystérique a souvent des revirements brusques. Passant de la haine à l'amour, de l'admiration au mépris, comme du rire aux larmes, il est inconstant dans

ses attitudes à l'égard d'autrui ; cela semble dû en grande partie à ce que telle attitude « satisfait sa vanité du moment » (Dide et Guiraud). Par contre, il témoigne d'une certaine persévérance dans ses manifestations somatiques.

La façon de faire de l'hystérique a un « *cachet* » bien spécial. Nous dirions volontiers que ce cachet porte le sceau de la vanité.

Régis, M. Hartenberg ont beaucoup insisté sur ce point. Nous leur emprunterons les passages suivants :

« Si... l'hystérique n'est peut-être pas plus souvent pervers que d'autres, il manifeste ses perversités, lorsqu'il les possède, d'une façon particulière qui lui est propre », par exemple, le mensonge avec « fabulation sensationnelle et imprévue ». L'hystérique « pour satisfaire sa rancune va imaginer toute une complexité romanesque où elle se pose en victime, en accusatrice des aventures abominables dont son ennemi aurait été le triste coupable »... « L'indélicatesse, l'escroquerie, l'abus de confiance revêtent aussi quand leur auteur est hystérique une étonnante richesse de fabulation dont l'affaire Humbert nous a fourni un inoubliable exemple » (Hartenberg : *L'hystérie et les hystériques*, pages 204 sq.).

« Ce qu'il y a de particulier, écrit Régis, dans les délits et les crimes de l'hystérique, c'est qu'ils ne ressemblent pas aux autres. L'hystérique ne fait rien comme tout le monde ; ses actes délictueux et criminels ont un cachet étrange, mystérieux, romanesque, tenant à la fois du drame, de la féerie et du feuilleton ; ce sont des in-

ventions incroyables, des tromperies sans égales, des habiletés, des duplicités consommées, des lettres anonymes, des soupçons portés sur des tiers, des révélations de la tombe ou du ciel, etc... Et avec cela, parfois, des imprévoyances grossières et naïves. On peut bien dire, lorsqu'un acte criminel se présente avec des caractères de ce genre, qu'il porte l'empreinte hystérique ».

L'existence des mythomanes s'écoule dans une pantomime semi-permanente ; mais il est très fréquent que le stade des désordres d'allure nettement malade ne soit jamais atteint. Dans ces formes « mineures », seul un clinicien averti peut noter les stigmates psychiques de la prédisposition.

Parfois, au contraire, soit à l'occasion de circonstances favorables, soit spontanément, du moins en apparence, les sujets en viennent à des réactions franchement pathologiques. S'il s'agit de la simulation d'une maladie organique, cet incident d'ordre somatique, s'inscrivant sur la trame continue de mythomanie, ne sera qu'un signe de plus parmi ceux qui émaillent déjà le passé du sujet.

Après cette vue d'ensemble sur le comportement général de hystériques, nous désirons insister (et nous n'hésitons pas à nous répéter) sur la notion suivante : un même terrain conditionne des accidents en apparence très différents. Tel mythomane se cantonnera dans l'empoisonnement sournois, telle autre dans l'anonymographie, un autre enfin dans la simulation de troubles morbides. Or, ce qui prouve l'unité qui existe dans la diversité de ces manifestations, ce qui permet de les rattacher à une même constitution, c'est qu'un

mythomane peut, à lui seul, soit simultanément, soit alternativement, collectionner et présenter tout ou la plupart des accidents paroxystiques. Ces accidents ont des valeurs identiques pour le diagnostic de mythomanie : on peut donc les qualifier d' « équivalents ».

Des exemples illustreront cette vérité. Nous les empruntons au livre de M. Voivenel « La chasteté perverse » si riche de renseignements.

Voici d'abord la récente « affaire de Gien ».

Une « demoiselle » de 31 ans, *impotente* depuis quelques années, avait obtenu un gros succès du fait d'un *miracle* à Lourdes en 1924. Peu après cette guérison miraculeuse une *première lettre anonyme insultante* lui parvient et pendant deux ans c'est « une pluie de lettres ou de cartes ouvertes, où les pires menaces ne s'arrêtaient que pour faire place aux propos orduriers et aux accusations abominables ». Puis vient « une campagne infâme contre des personnes dont l'existence était notoirement inattaquable ». Elle dépose une plainte contre inconnu et se porte partie civile. Quelques mois plus tard elle est « assaillie et frappée de onze coups de couteau ». Or, nouveau miracle « onze coups de couteau et pas une seule de ces blessures n'est dangereuse ».

Suspectée de simulation et arrêtée, malgré un interrogatoire serré de plus de 6 heures, « rien ne peut arriver à troubler le calme effarant des réponses de la jeune fille » (Henri Barby dans « le Journal »).

Donc, cette mythomane accumule :

1° Impotence ; 2° guérison miraculeuse ; 3° anonymographie ; 4° dénonciation ; 5° simulation d'attentat ; 6° nouveau miracle.

Un autre exemple nous montrera l'association des « crises de nerfs » et de la *dénonciation calomnieuse*. Il s'agit de l'affaire Fualdès (Rodez, 1817).

Clarisse Manzoni, l'héroïne, est un beau type d'hystérique. Elle, « qui a joué au romantisme avec un mari qu'elle trompait » se *vante*, au moment de l'affaire Fualdès (assassinat d'un procureur du roi), d'être renseignée ; puis nie, écrit des lettres interminables, fabule en paroles, en écrits, se contredit et recommence. Sur cet ensemble des *crises* en série surgissent. A l'audience, 1, 2, 3, 4 *crises*. Interrogée à nouveau, après les plaidoiries, s'écrie : « Ils n'y sont pas tous dans les fers ». A Tarn, au procès de révision : « *des crises et des crises* ». A l'heure de sa mort, 13 ans plus tard, elle avouera avoir menti. Cinq têtes étaient tombées cependant...

Voyons encore les *empoisonneuses mythomanes*. Le Dr René Charpentier, dont M. Voivenel rappelle la thèse si bien fournie, a montré l'évidence du terrain hystérique chez ces toxicomanes homicides.

Ces femmes, comme les précédentes, mentent constamment, écrivent des lettres anonymes, ont un aspect de loyauté candide « soignent leurs victimes avec un dévouement bien apparent et recommencent à les assassiner avec une anesthésie de sentiments extraordinaire ». Au total une faculté de dissimulation inouïe. Or, ces femmes, *ont des crises de nerfs*, et en particulier aux audiences, où elles se comportent avec une allure théâ-

trale. De plus, elles font des tentatives de suicide a grand spectacle.

Il suffit de rappeler la marquise de Brinvilliers s'em-palant sur un gros bâton, ou l'aventure de Nanette Schoenleben qui « pour se jeter dans la rivière se fait accompagner par une domestique et marche, un livre de poésies à la main ».

D'ailleurs s'il s'agit d'empoisonneurs mâles, leur mentalité est de tous points superposable à celle des femmes (Voir les pages de Dupré et Charpentier).

L'étude psychologique des *anonymographes* (voir en particulier les travaux de Locard, de Lyon) permet de les ranger, elles encore, dans la catégorie des mythomanes. Rappelons, entre autres, l'affaire des lettres de Tulle, où Angèle Laval (aujourd'hui internée) entraîna sa mère au suicide, tandis qu'elle, « prudente, attendit pour faire trempette que les bûcherons eussent toute facilité pour la tirer de l'eau » (Voivenel).

Après ce qui vient d'être rapporté n'a-t-on pas le droit de conclure que le trouble somatique présenté par un hystérique n'est qu'un épisode, ayant une valeur équivalente à celle d'une autre manifestation, telle que simulation d'attentat ou fausse accusation naissant sur le même terrain ?

Ce qui permet de réunir, en une même synthèse, toutes les formes de la mythomanie que nous venons d'entrevoir, malgré les variétés de leurs aspects divers, c'est d'une part leur éclosion sur un fond de déséquilibre mythomane ancienne, et, d'autre part, tout un ensemble de caractères dont les principaux sont : l'appar-

rence de spontanéité, de naturel et de simplicité, en même temps que l'habileté et l'ingéniosité dans le mode de conception et de production ; la continuité et la ténacité dans le dessein poursuivi ; le maintien imperturbable de l'aisance et de la sérénité ; le recours indéfiniment confiant aux moyens de séduction et de persuasion ; la promptitude inventive des explications et des justifications et, en dernière ressource, le refuge dans les allégations de plus en plus compliquées, enchevêtrées et inextricables.

Les aveux ne sont jamais qu'une défaillance rarissime et momentanée ; ils sont toujours repris et servent à un nouvel essor de l'affabulation romanesque.

*
**

LES CONDITIONS DE L'ÉCLOSION DES ACCIDENTS PAROXYSTIQUES

Il nous reste à étudier les conditions de l'éclosion des accidents paroxystiques sur cette trame mythomaniaque.

Il est certain que la constitution suffit dans un très grand nombre de cas à cette éclosion. Les accidents représentent alors le mode réactionnel électif du sujet aux excitations du milieu. C'est dire le rôle de l'ambiance. Pas de symptomatologie quand il n'y a pas de galerie, ni de signe extravagant s'il n'y a pas de médecin curieux. Combien de faux blessés ou de faux décorés durant la guerre, alors que tant de considération s'attachait aux blessés et aux soldats glorieux ?

En dehors des circonstances occasionnelles dues au facteur « entourage », il y a des causes intimes qui semblent plus particulièrement aptes à amorcer la réaction impulsive de l'hystérique.

Très souvent latente, la constitution pourra ne se révéler qu'à l'occasion d'une toxi-infection, d'un traumatisme ou d'une émotion.

Toute infection ou intoxication est susceptible de déclencher un accident hystérique. De même les traumatismes physiques, surtout lorsqu'il déterminent une répercussion affective, soit à cause d'une indemnité espérée (accident du travail), soit par l'intérêt vaniteux qui s'y rattache (blessure de guerre, dramatique accident de chemin de fer).

Les émotions apparaissent aujourd'hui (après les travaux de Babinski, Dagnan-Bouveret, Georges Dumas) non pas comme la cause efficiente, mais simplement cause prédisposante ou occasionnelle.

Certaines émotions ont un rôle important dans l'éclosion des manifestations somatiques. Il faut souligner, chez la femme, le rôle pathogène des émotions qui blessent l'amour-propre : une contrariété, un dépit, et surtout une déception sentimentale excitant la vanité déçue et la manifestation hystérique naîtra, prenant un caractère de représailles, de revanche chez une femme qui veut intéresser à tout prix, soumettre son entourage grâce à la maladie simulée. L'émotion pour agir, nous dit Logre, doit être optima dans son intensité, ni trop faible ni trop forte et optima dans sa qualité.

En réalité, l'émotion cause apparente, n'a joué qu'un

rôle accessoire et très indirect, il y avait un mécanisme tout préparé qui attendait une heureuse occasion pour se mettre en œuvre.

Remarquons enfin que le syndrome hystérique ne survient pas au moment de l'émotion, mais après une période de rumination, « de méditation », disait Charcot.

L'imitation, par contre, représente un facteur interpsychologique des plus intéressants. L'image extérieure s'offre au sujet « en puissance d'hystérie », donne un modèle qu'il va copier. L'émulation s'en mêle, quand il s'agit d'une collectivité ; ainsi peuvent se développer de véritables épidémies (il suffit de rappeler leur abondante floraison au Moyen-Age).

CHAPITRE IX

Nature de la mythomanie

**Perversion de notre disposition de « sociabilité » elle
représente la pathologie de la vanité**

Dupré qui, le premier, décrivit la constitution mythomane, en donnait la définition suivante : « Variété de déséquilibre psychique, caractérisée par la tendance à l'altération de la vérité, au mensonge, à la fabulation et à la simulation, sous l'influence de mobiles divers : vanité, malignité, cupidité, lubricité, etc... »

Ainsi, dans la conception primitive de Dupré le besoin affectif de simulation était considéré comme fondamental. Plus tard, sa conception s'est modifiée. Il en est venu à attribuer à l'hyperimaginativité un rôle de plus en plus essentiel et prédominant dans la genèse des accidents hystériques. Il a rapproché la mythomanie des délires d'imagination qu'il a décrits longtemps après celle-ci.

« Il a été ainsi conduit à voir dans la mythomanie non seulement un degré pathologique de la tendance à mentir, mais encore un appoint imaginatif nécessaire. Il y a vu même par surcroît une suggestibilité spéciale, de telle sorte qu'après avoir affirmé d'abord le mécanisme de simulation il a aussitôt corrigé ce mécanisme par la suggestibilité associée.

« Dupré a confondu à tort, à notre avis, la mythomanie et l'imagination et a voulu que les mythomanes soient aussi des hyperimaginatifs. C'était associer deux concepts de plans différents l'un, le premier, simplement affectif, l'autre intellectuel » (Achille Delmas, *Revue Philosophique*).

Nous avons discuté cette conception et nous pensons que la suggestibilité et l'hyperimaginativité ne jouent qu'un rôle accessoire et toujours secondaire dans la mythomanie.

Nous prétendons que la mythomanie dépend essentiellement d'une perturbation de la vie affective. C'est faire un retour, en somme, vers l'opinion première de Dupré.

Comme toutes les modalités de déséquilibre psychique, la mythomanie représente une variation — dans le cas actuel par excès — d'une disposition affective-active qui existe chez tous les sujets à quelque degré et qui chez les normaux comprend des éléments, les uns d'ordre social et nécessaires comme la politesse et ses exagérations fréquentes, les autres individuels et contingents comme la flatterie, la coquetterie, l'intrigue, etc. Elle correspond à la tendance que nous avons tous

de vouloir plaire aux autres, de les intéresser à nous, de provoquer leur sympathie, leur bienveillance, leur étonnement ou leur admiration et de les obliger à s'occuper de nous de quelque façon. Elle est primitivement à base de vanité et en ce sens la mythomanie n'est pas la pathologie de l'imagination, mais bien la pathologie de la vanité. Si, originellement, cette disposition se trouve portée au degré extrême, elle n'est autre que la constitution mythomaniacque ou hypertrophie de la tendance à créer du mensonge, de la fabulation et de la simulation en tous sens. C'est une simulation parfaitement consciente, très différente en cela de l'auto-suggestion qui n'est à aucun degré simulation, mais au moins croyance. C'est, d'autre part, une simulation spontanée, impulsive, née d'un besoin affectif anormalement développé et, en ce sens, nettement morbide. Et peu importe qu'elle se rencontre avec plus ou moins d'imagination ; elle créera de toutes façons. Habile ou maladroit, abondante ou pauvre, ce sera tout de même une création. Soit spontanément, soit à l'occasion de circonstances provocatrices, cette disposition aboutira tantôt à des fabulations et des mises en scène romanesques, propres à susciter des scandales ou à provoquer des poursuites injustifiées à propos d'affaires ou de crimes inventés partiellement ou de toutes pièces, tantôt à ces simulations extraordinaires d'états maladiques qui constituent l'hystérie proprement dite.

La notion d'apparence simple d'hypertrophie et de déviation de la vanité, que l'analyse permet de retrouver lorsqu'on prend soin de différencier ce qui revient aux

autres dispositions affectives-actives, se brouille du fait que la personnalité du mythomane est extrêmement complexe.

Si, foncièrement, domine une hypertrophie considérable de la vanité, n'oublions pas que celle-ci coexiste avec tous les autres éléments de la personnalité du sujet, qui vont intervenir pour s'y associer et, suivant les cas, jouer un rôle d'atténuation (bonté) ou d'aggravation (cupidité, orgueil, perversité) selon des compromis multiples et variables.

Chez un sujet qui serait uniquement mythomane, et par ailleurs parfaitement équilibré, c'est-à-dire intelligent, bon, peu avide, peu émotif, d'activité moyenne, il est vraisemblable que l'on n'observerait jamais d'accidents franchement pathologiques, ou alors il y aurait un tel excès de vanité, que celle-ci se révélerait évidente dans toute sa pureté.

En clinique, les médecins ont affaire à des mythomanes débordant de beaucoup les frontières d'une simple propension ; il s'agit bien plutôt de *psychose mythomaniaque*. Pour qu'un tel degré pathologique soit atteint, il faut qu'il y ait peu de réducteurs à la tendance morbide, et, par contre, beaucoup d'adjuvants ou renforçateurs. Quand la constitution mythomaniaque aboutit à des accidents, c'est qu'elle a été aidée soit par l'orgueil, qui lui donne son aspect avide et cupide, soit par la perversité, qui lui donne son caractère de malignité et de duplicité, soit par la débilité mentale qui empêche l'auto-critique.

L'ensemble des besoins impérieux déterminés par la

vanité hypertrophiée permet de comprendre que le mythomane utilisera, pour la satisfaction de cette vanité, tous ses talents acquis. Qu'ils soient d'ordre verbal ou d'ordre somatique (Psychoplasticité), ces talents, développés par l'entraînement incessant, d'abord par vanité, passent ensuite au service des autres tendances, de sorte que, en pratique, on ne rencontre pour ainsi dire pas d'actes purement vaniteux ; ce sont des actes *à la fois* vaniteux et intéressés, ou cupides, ou amoureux ou haineux.

D'autre part, une personnalité n'a pas que son aspect statique, il faut considérer de plus son aspect dynamique. Au cours de l'évolution de l'être, la tendance fondamentale peut aller en se compliquant et en s'étendant, et surtout, à l'occasion de la trame constamment changeante des événements et des circonstances, il y aura des variations dans les modalités de l'adaptation à ces circonstances... lesquelles masqueront l'évidence du mobile affectif originel.

En vérité, la constitution mythomaniacale est la plus complexe de toutes.

CHAPITRE X

Les degrés de la mythomanie Les associations constitutionnelles

A son degré le plus léger la prédisposition mythomane se traduit par l'exagération de l'amabilité de Philinte ou de la coquetterie de Célimène. La flatterie, l'adulation, l'obséquiosité, la fausse humilité, la rouerie, l'hypocrisie, la fourberie, la duplicité ou au contraire la fatuité, l'ostentation, la vantardise, l'allure bravache, la « bellâtrie », sont les multiples nuances du désir de plaire, pur ou associé à quelque préoccupation utilitaire, et traduisent l'application constante à vouloir faire de soi un personnage intéressant et digne d'attention. La mimique, les geste, les attitudes, l'habillement, les paroles, les actions participent tous du même souci dominant.

Du même mécanisme relèvent encore l'aptitude à se tirer d'une situation embarrassante, l'habileté à improviser l'alibi et l'explication utiles ou le recours à l'indis-

position subite et à la crise de nerfs opportune. La notion du refuge dans la maladie dont on a tant abusé ne trouve guère son application qu'ici.

A un degré de plus, les mythomanes, des femmes plus souvent encore que des hommes, se complaisent « aux situations inextricables, aux histoires compliquées, aux romans embrouillés. La plupart du temps, elles se contentent de compliquer et de dramatiser les faits les plus simples et les plus humbles de la vie quotidienne. Mais, quand leurs tendances morbides trouvent un champ plus vaste où s'exercer, elles accumulent les mensonges, les contradictions, les imbroglios, les scandales, les fausses accusations, les auto et les hétéro-dénonciations calomnieuses et en viennent à construire des romans fantastiques dans lesquels le vrai et le faux sont inextricablement confondus et qui portent la double empreinte à la fois d'une imagination exaltée et d'une habile perversité. Certaines vont jusqu'au crime : telles sont beaucoup d'héroïnes de drames retentissants ». (A. Delmas : in *Pratique psychiatrique*).

La multiplicité des formes que peut revêtir la mythomanie dépend non seulement du degré de la prédisposition, mais encore et surtout des autres composantes de la personnalité et plus spécialement des autres modalités de déséquilibre, avec lesquelles elle peut coexister en combinaisons variables.

Ainsi se réalisent, comme nous allons le voir, les cas complexes qui sont les plus fréquents en clinique et dans lesquels la mythomanie est tantôt le facteur essentiel et dominant, tantôt le facteur secondaire et surajouté.

ASSOCIATIONS CONSTITUTIONNELLES

Quand la *cyclothymie* intervient sous la forme de *dépression* épisodique ou chronique, elle oriente le mythomane surtout vers la simulation des syndromes pathologiques, c'est-à-dire vers l'hystérie proprement dite. Elle peut fournir l'élément anorexique, asthénique, algique, etc... sur lequel la mythomanie prendra son efflorescence.

L'*excitation constitutionnelle* apportera la suractivité intellectuelle et spécialement l'exaltation imaginative, facteur non du besoin, mais seulement de la facilité de créer les productions les plus riches et les plus étonnantes. Par l'appoint de l'hyperactivité motrice, la fabulation sera non seulement parlée ou écrite, mais encore vécue sous la forme de mises en scènes dramatiques, d'entreprises osées ou de migrations aventureuses ; grâce à cet appoint si favorable, l'hystérique pourra réaliser des manifestations impressionnantes et présenter des pantomimes à spectacle tapageur.

L'intervention de l'excitation constitutionnelle est très fréquente ; elle est même la règle dans les grandes réalisations de la psychose ; elle seule peut donner l'audace et l'aisance qui y sont nécessaires.

Les rapports de la mythomanie et de l'*hyperémotivité* sont plus complexes. Pendant longtemps on a confondu les manifestations de ces deux modalités de déséquilibre et les premiers ont pu bénéficier ainsi de l'attribution de sincérité qui n'appartient qu'aux seconds. M. Babinski, lui-même, maintient cette confusion, bien

que les accidents émotifs débordent la définition qu'il a proposée. C'est à Dupré surtout que revient cette part du démembrement de l'hystérie.

Si Dupré sépare nosologiquement la constitution hystérique et la constitution émotive, il admet, par contre, la possibilité de leur association clinique et la collaboration que les troubles de l'émotivité apportent à la simulation des syndromes par l'hystérique (car, comme l'a dit Lasègue « on ne simule bien que ce que l'on a »). La combinaison des accidents hystériques et des accidents émotifs, écrit Dupré, « s'exprime en crises psychonevropathiques complexes dans lesquelles jouent un rôle variable l'émotion, la suggestion, l'exagération et la simulation ». L'association assez fréquente des deux constitutions permet de comprendre comment Bernheim a pu être conduit à l'erreur de considérer l'hystérie comme formée surtout par l'ensemble des troubles que depuis Dupré on doit rattacher à l'hyperémotivité et à faire de la crise nerveuse ou accès émotif le syndrome essentiel de l'hystérie.

Il convient d'observer toutefois que seule l'émotivité moyenne peut s'associer à la mythomanie. A un plus haut degré l'hyperémotivité est incompatible avec ce qu'il y a d'appliqué et d'artificiel dans les créations mythoplastiques. « L'anxiété, dit Logre, n'est pas un facteur habituel d'hystérie ; elle porte en soi quelque chose de trop sincère, de trop grave, de trop profond... » Babinski disait pareillement : « quand une émotion sincère et profonde secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie ».

Cette incompatibilité relative mérite d'être soigneusement signalée ; sa connaissance évitera des erreurs de diagnostic, trop souvent commises, et surtout des interprétations et des interventions regrettables, comme la psychiatrie improvisée du début de la guerre en a trop souvent comporté.

EN FAIT LES GRANDS HYSTÉRIQUES ET LES GRANDS ÉMOTIFS
S'OPPOSENT ET L'ON EST D'AUTANT MIEUX GRAND
HYSTÉRIQUE QU'ON EST MOINS ÉMOTIF

On a beaucoup écrit sur la *perversité* des hystériques. Il est certain que dans la plupart des cas on retrouve l'érotisme, l'égoïsme, la cupidité, la malignité et parfois la cruauté. Mais on a également observé, avec raison, que tous les hystériques ne sont pas nécessairement pervers. La débilité morale n'est pas, en effet, partie intégrante de la mythomanie, seule l'association de ces deux modes de déséquilibre explique qu'un grand nombre d'hystériques puissent se comporter comme des pervers et aller jusqu'à la délinquance et jusqu'au crime, soit que la mythomanie domine et ne s'oriente que secondairement dans la voie de la perversité, soit qu'une perversité prépondérante utilise accessoirement les moyens d'une mythomanie adjuvante.

L'*érotisme* des hystériques est souvent pris pour une réelle exagération du besoin génésique, et ce serait pour le public (peut-être encore pour certains médecins mal informés), le trouble essentiel de leur état mental. Ceci n'est que le maintien d'une très ancienne opinion, ainsi que le prouve l'étymologie (υστερα, matrice).

En vérité, il n'y a là qu'une légende. Si l'appétit

sexuel est parfois normal chez les femmes hystériques, il est plus souvent encore diminué (Lombroso) et Falret a pu dire d'elles avec raison qu'elles sont « plus souvent coquettes et vaniteuses que vraiment ardentes et passionnées ». Et nous répétons après Logre : « ce sont fréquemment des amoureuses à grand fracas, des comédiennes de la passion ».

La paranoïa, lorsqu'elle est associée à la mythomanie peut lui imprimer une orientation particulière. Les accidents développés par le mécanisme mythomane et par conséquent initialement empreints d'insincérité, peuvent au bout d'un certain temps acquérir un tout autre caractère. Les tendances paranoïaques interviendront, en effet, par ce mécanisme très spécial d'auto-suggestion qu'est le raisonnement de justification. Primitivement conscient de sa simulation, l'hystérique paranoïaque en viendra à se convaincre, petit à petit, qu'il y a malgré tout quelque chose de fondé dans ses réactions et cela d'autant plus que se seront développés chez lui des accidents secondaires (Babinski) de nature physiopathique ou organique. Il se fera de jour en jour une conviction plus forte à cet égard et aboutira à une activité nettement et sincèrement revendicante. Ce sera la *sinistrose* de Brissaud dans les accidents du travail ; ce seront les persévérateurs revendicants qui furent nombreux pendant la guerre. Ainsi s'explique la filiation des accidents qu'avait indiquée Dupré par la formule suivante : suggestion, exagération, simulation, revendication.

Nous dirions plus volontiers : simulation, suggestion, revendication.

CHAPITRE XI

Essai de classification des accidents hystériques dans le cadre des manifestations mythomaniaques

Avant d'énoncer nos conclusions, il nous semble utile de tenter un regroupement, en accord avec nos critiques, des accidents dits hystériques et des accidents mythomaniaques.

A) Nous rappelons que, suivant la conception développée dans cette thèse, nous n'assimilons pas toute l'hystérie au pithiatisme : il y a, dans l'hystérie classique, d'autres faits que ceux répondant littéralement à la définition de M. Babinski. Pourtant, pratiquement : pithiatisme est devenu synonyme d'hystérie ; nous avons déjà dit que nous croyons préférable de dissocier ces deux termes.

* Cette façon de voir peut paraître déroutante et paradoxale. Cependant, si nos remarques sont exactes, il paraîtra illégitime de maintenir groupés sous une commune étiquette :

a) Des phénomènes relevant d'un mécanisme de suggestion et constituant le pithiatisme vrai ;

b) Des phénomènes de nature mythomaniacale, ceux-là conscients, mais spontanés et impulsifs.

Le pithiatisme est un cadre bien défini, d'une réalité et d'une solidité incontestables ; il doit comprendre les troubles éclos sur un état de suggestibilité. C'est une entité nosologique intangible : toutefois on ne peut y englober la majorité des syndromes que l'on classe habituellement dans l'hystérie. Autrement dit, nous pensons qu'il est fort regrettable d'intituler pithiatiques des accidents « cliniquement hystériques », mais qui relèvent, en réalité, d'une simulation morbide. Celle-ci, déterminée par un besoin affectif anormal, se montre très différente de l'auto-suggestion, laquelle naît sur un terrain particulier de suggestibilité.

Ce vieux mot d'hystérie, si critiqué, « non-sens et contre vérité », « mot à sens mensonger » (Pierre Kahn), nous le gardons... parce qu'il existe depuis les origines de la tradition médicale... Il serait si difficile de le remplacer par un nouveau terme s'imposant à la nosographie... Nous proposons, ou bien de le supprimer à tout jamais du langage scientifique, ou bien de ne le maintenir qu'à la condition de lui accorder simplement le sens restreint de « *mythomanie somatique* », ainsi que nous l'avons fait dans ce travail.

B) Cette première démarcation réalisée, nous estimons qu'il faut éliminer encore du domaine de l'hystérie :

- 1) Les troubles physiopathiques ;
- 2) Les manifestations d'origine émotive ;
- 3) La simulation banale.

1) Nous mettons en dehors de l'hystérie les « troubles réflexes ou physiopathiques » (Babinski et Froment) dont la pathogénie, si discutée, ne peut être reprise en ce lieu.

Nous ne reviendrons pas, d'autre part, sur le rejet formel, hors de l'hystérie, de tous les phénomènes de nature organique. S'il y a une lésion, il s'agit d' « association hystéro-organique » et non d'hystérie à proprement parler. La séparation que M. Babinski a créée nous paraît définitive.

2) S'il est à peine besoin de rappeler que, aujourd'hui, on ne fait plus rentrer dans le caractère hystérique « toutes les exagérations de la mentalité féminine » (Shydner) (car il fut un temps où ce terme évoquait pour beaucoup de gens « la femme excentrique et déséquilibrée », bavarde, excitée, érotique) il nous semble, par contre, indispensable d'insister sur la séparation à établir entre l'émotivité et l'hystérie.

Si nous revenons sur ce point c'est parce que bon nombre d'auteurs admettent comme habituelle, constante, cette association ; certains auraient même tendance à voir dans l'hystérie une « émotion morbide », c'est la thèse que soutint M. Benon en 1928.

Si intéressante que nous paraisse la théorie des « émotions afflictives » énoncée par M. Tastevin, reprise par Benon, nous ne pouvons accepter de voir dans l'hystérie une émotion à base de colère contenue et non plus

considérer les manifestations autres que la « crise » comme des séquelles venant compliquer la dite crise (1).

Tout ce qu'a décrit M. Benon est parfaitement exact, mais il ne peut s'appliquer, selon nous, qu'à des accidents d'hyperémotivité... Il suffit de s'entendre sur la définition... Or, après les travaux de Dupré et du P^r Claude, la constitution émotive a été assez nettement précisée pour qu'aucun doute ne subsiste désormais.

C'est à Dupré, surtout, que revient cette part du démembrement de l'hystérie. Il a rattaché à l'hyperémotivité l'exaltation de la réflectivité (pseudo-exagération des réflexes de Babinski), l'hyperesthésie sensitive et sensorielle, le déséquilibre des réactions vasomotrices et sécrétoires (dermographisme, sueurs, sialorrhée, polyurie, diarrhée, crises sudorales, etc...), la tendance aux spasmes des muscles lisses (œsophagisme ou ancienne boule hystérique, spasmes gastrique, intestinal, vésical, etc...) ; le tremblement des muscles striés ou tremblement émotif (tachycardie, dyslalies, frissons, claquement des dents, etc...) et l'accès émotif résultant de l'association de ces désordres musculaires, sécrétoires, vasomoteurs, etc... ou crise nerveuse de nature émotive.

Rappelons l'importance pratique de cette distinction : les procédés de contre-suggestion brutale risquent d'accentuer les troubles si on les applique à un émotif considéré à tort comme un hystérique.

(1) « La crise, écrit Benon, est une émotion morbide type ». C'est « une crise nerveuse spéciale à base d'énervement... L'énervement contenu seul produit la crise d'hystérie... Les crises d'hystérie constituent essentiellement une névrose ; c'est une maladie spasmodique, une suffocation comme disait Hippocrate ».

Nous avons déjà dit au chapitre « Associations constitutionnelles » dans quelles proportions émotivité et mythomanie peuvent coexister et se combiner chez un même malade.

3° Il nous reste à préciser enfin que la simulation banale se différencie par de nombreux caractères de la simulation morbide.

Le mensonge banal et la simulation épisodique ne rentrent pas dans le cadre de la mythomanie.

« De même qu'il existe des peurs utiles, des colères légitimes, il est aussi des mensonges et des simulations nécessaires que commandent soit l'instinct de la conservation, soit les divers sentiments altruistes de la vie sociale. Tandis que le phénomène psychologique normal est motivé, épisodique et proportionné à sa cause, le phénomène psychologique morbide se montre non ou insuffisamment motivé, exagérément persistant dans sa durée et disproportionné dans son intensité. Par son manque de finalité logique, par sa durée anormale, par sa nature inharmonique, le phénomène pathologique, devenu franchement étranger ou nuisible aux intérêts de son auteur, apparaît par là même morbide. D'ailleurs on constate toujours la coexistence chez ces déséquilibrés de diverses anomalies mentales... Si l'on devient menteur, on naît mythomane... Le sujet qui, sans mobiles pressants ou durables, manifeste toute sa vie, dans les occasions les plus diverses, le plus souvent sans utilité et même contre ses intérêts et ceux d'autrui, des tendances à altérer la vérité, à mentir, à simu-

ler et à créer des fables imaginaires, celui-là est un mythomane... » (Dupré).

Après avoir proposé d'opérer ces soustractions, il nous restera à envisager dans la mythomanie deux classes de faits :

1° Hystérie ou simulation morbide d'états maladifs.

2° Mythomanie sans simulation d'accidents corporels pathologiques.

Nous ne reviendron pas sur l'hystérie dont l'étude sémiologique a été esquissée au début de ce travail. Redisons seulement que l'on observe dans l'hystérie :

a) Soit des manifestations somatiques pures (ch. II).

b) Soit, et c'est beaucoup plus fréquent, des associations hystéro-organiques ou hystéro-psychopathiques.

Nous terminerons par un rapide exposé des manifestations mythomaniaques proprement dites.

ACCIDENTS MYTHOMANIAQUES PROPREMENT DITS

Les formes qu'ils peuvent revêtir sont multiples. Nous n'en indiquerons brièvement que quelques-unes.

I. PAR MYTHOMANIE SIMPLE (vanité).

1° Simulation d'attentat : récits avec ou sans mise en scène d'attaques dont le sujet serait sorti héroïquement victorieux. C'est souvent une enquête policière ainsi suscitée, qui fait découvrir la simulation.

2° Invention et colportage de fausses nouvelles (Communication de Vallon à l'Académie de Médecine sur les fausses nouvelles de guerre et certaines formes de défaitisme).

3° Mystifications, anodines ou dangereuses. Délire malicieux de Dally (Dans le mécanisme appoint d'excitation constitutionnelle).

4° Usurpation de titres, d'insignes, etc..., sans intention de lucre : faux officiers, faux aviateurs de guerre, faux décorés.

II. PAR MYTHOMANIE ET PERVERSITÉ ASSOCIÉES.

1° Simulation de suicides : faux suicide pour émouvoir ou faire chanter.

2° Emission de lettres anonymes, semant l'inquiétude et l'émoi dans une ville ou une région (affaire des lettres anonymes de Tulle).

3° Maisons hantées : l'enquête révèle presque toujours le rôle provocateur d'un adolescent du voisinage.

4° Empoisonneuses et empoisonneurs étudiés par René Charpentier (affaires Desrues, Mme Lafarge, Rachel Galtié, etc...).

5° Hétéro-dénonciations calomnieuses, par allégations ou simples ou associées à une mise en scène. Fréquentes chez les enfants, notamment faux enfants martyrs, ou faux attentats à la pudeur allégués par des fillettes.

6° Simulation d'attentat avec mise en scène soit pour cacher la participation à un vol, ou à un crime, ou en vue d'une fausse dénonciation (affaire du Lieutenant La Roncière).

7° Crime de vanité. Erostratisme (Erostrate, Germaine Berton).

III. PAR MYTHOMANIE, PERVERSITÉ ET EXCITATION CONSTITUTIONNELLE ASSOCIÉES.

1° Productions médiumniques. Tous les grands médiums ont été convaincus de fraude, tels, pour ne citer que des morts : les sœurs Fox, Home, Florencelook, Eusapia Paladino, etc...

2° Thaumaturgies, faux miraculés, faux devins et faux prophètes ; faux guérisseurs de la médecine illégale, compères, manager-compères et mythomanie à deux ou collective.

3° Scandales et drames suscités par la coquetterie perverse (affaire de la Tarnowska en Italie, vers 1909-1910).

4° Escroqueries mythomaniques.

Usurpation d'insignes avec intention de lucre (faux officiers, faux décorés de guerre). Usurpation de titres faux titres nobiliaires ou autres, dans l'escroquerie au mariage ou dans la fondation de banques fictives). Usurpations de fonctions (affaire du Capitaine Koepenig, en Allemagne, vers 1910). Substitutions de personne et allégations romanesques (Mme de la Mothe dans l'affaire

du collier de la Reine). Allégation de faux héritages (affaire Thérèse Humbert).

En résumé, pour affirmer notre position, nous avons proposé la classification suivante :

I) HORS DE L'HYSTÉRIE :

- 1) Tous les troubles organiques.
- 2) Les troubles physiopathiques.
- 3) Les phénomènes pithiatiques vrais au sens que nous avons tâché à définir.
- 4) Les manifestations d'origine émotive.
- 5) La simulation banale.

II) DANS LE CADRE DE LA MYTHOMANIE.

- 1°) Hystérie ou mythomanie à manifestations somatiques.
 - 2°) Mythomanie sans simulation d'accidents corporels pathologiques.
 - a) Mythomanie simple (vanité).
 - b) Mythomanie + perversité.
 - c) Mythomanie + perversité + excitation.
-

Conclusions

Au terme de cette étude nous pouvons dégager les principales idées suivantes :

I. — Dans le domaine de l'hystérie, tel que l'on a coutume de le concevoir, il existe des faits multiples, de signification variable de par leur origine et leur nature sûrement différentes.

Éliminant par définition les accidents ressortissant à une lésion organique, il reste au minimum trois groupes de faits, entre lesquels ils nous paraît nécessaire d'établir une démarcation précise.

1° Certains de ces phénomènes éclosent sur un fond de suggestibilité ; ils constituent le véritable pithiatisme, dont la réalité, l'autonomie et le mécanisme d'auto-suggestion sont absolument incontestables.

2° D'autres relèvent de l'hyperémotivité ; il importe de ne pas maintenir une confusion volontaire entre émotivité et hystérie, puisqu'il est possible, cliniquement, de délimiter l'une et l'autre.

3° La grande majorité des accidents dits hystériques sont, à notre avis, d'origine mythomane : la symptomatologie de l'hystérie ne correspond pas, dans ces cas, à une réalité intrinsèque ; les manifestations corpo-

relles, syndrome contingent et artificiel, ne sont que des épisodes passagers, des épiphénomènes naissant de manière paroxystique sur un terrain mental permanent. Nous espérons avoir démontré par l'étude du comportement général des mythomanes que ces troubles somatiques ont la valeur d' « équivalents » par rapport aux autres manifestations de la mythomanie.

« L'hystérique fabule avec son corps », alors que le mythomane « fabule avec son esprit » : nous nous rallions donc à la définition de l'hystérie, exprimée en de si heureuses formules par M. Logre : « L'hystérie est non seulement pathologique, mais encore une simulation du pathologique... L'hystérie est une variété de mythomanie, comme une espèce dans un genre » (1).

C'est grâce à la notion de constitution mythomaniaque que l'on peut le mieux comprendre, croyons-nous, et interpréter la très grande majorité des phénomènes « hystériques » ne rentrant pas dans le cadre du pithiatisme tel que nous avons tâché à le définir par l'étude de la suggestibilité.

Les manifestations hystériques vraies, selon nous, ne sont d'origine ni pithiatique, ni émotive. *Elles traduisent une simulation morbide.* Cette simulation est morbide en ce sens qu'elle est une production spontanée, impulsive, plus ou moins irrésistible, née d'un besoin

(1) Pourtant notre conception diffère notablement de celle que M. Logre a développée dans le traité de pathologie et de thérapeutique appliquée (tome VII), puisque sa pensée pourrait se résumer dans les formules schématiques suivantes que nous lui empruntons :

« Simulation — Volonté = Fiction *inconsciente* des signes = Hystérie ».
« La suggestibilité de l'hystérique doit être rattachée à la pathologie de l'imagination ».

affectif anormal. C'est, de plus, une simulation parfaitement consciente, très différente en cela de l'auto-suggestion, qui n'est à aucun degré simulation, mais au moins croyance.

Si les distinctions nous paraissent très nettes, du point de vue nosologique entre pithiatisme, hyperémotivité, mythomanie somatique, il nous faut reconnaître toutefois que, dans la pratique, la difficulté est beaucoup plus marquée. Non seulement il n'est pas toujours aisé de déterminer s'il y a auto-suggestion ou tromperie, mais encore le mythomane se présente d'ordinaire comme un polydéséquilibré, chez qui mythomanie, émotivité, suggestibilité peuvent coexister et se combiner. Par suite de ces intrications possibles, les limites, en clinique, sont souvent peu commodes à tracer et l'affirmation de la certitude d'un diagnostic risqué de demeurer hésitante. La notion des associations morbides, cependant, loin d'atténuer le caractère apparemment absolu de nos propositions, nous révèle la complexité des faits, en même temps qu'elle nous permet d'y apporter une discrimination précise.

II. La tendance morbide à user du mensonge et de la fabulation dans tous les sens définit la constitution mythomaniacale, dont l'existence est nécessaire et suffisante à l'éclosion des accidents hystériques, tels que nous les concevons.

Cette constitution *innée* a son origine dans une disposition affective-active hypertrophiée et déviée.

La suggestibilité, l'hyperimaginativité, la psychoplas-

ticité, facteurs auxquels on accorde, d'habitude, une très grande place dans la genèse de la constitution et de ses manifestations, nous apparaissent comme des éléments d'importance accessoire, dont le rôle serait celui d'une simple adjuvance.

a) La suggestibilité, qui est le critère formel du pithiatisme vrai, peut, chez le mythomane, ne participer en rien au déséquilibre, ou, dans certains cas, intervenir, mais de façon minime.

b) L'hyperimaginativité, complice ou servante de l'affectivité morbide, offre à celle-ci une richesse plus grande de création et d'expression, mais elle n'est ni la cause, ni la raison véritable de la mythomanie.

c) Quant à la psychoplasticité : utile pour la réussite parfaite et le maintien prolongé des accidents somatiques, elle n'est pas indispensable. D'ailleurs, notre impression est qu'elle provient d'un dressage progressif ; faculté qu'un mythomane, entraîné sans arrêt aux situations artificielles, développe, elle représente une aptitude bien plus acquise qu'innée.

III. — Il est très fréquent de voir des mythomanes évoluer durant leur existence entière sans présenter de désordres de forme nettement malade ; dans ces cas, seul un clinicien averti est capable de noter les stigmates psychiques de la prédisposition.

Parfois, au contraire, la propension mythomaniacale plus intense conduit les sujets à des réactions franchement pathologiques, qui sont tantôt des fabulations et des mises en scène romanesques, tantôt des simulations

extraordinaires d'états maladifs (hystérie proprement dite) dans le but d'exciter l'étonnement ou l'intérêt. A ce degré excessif, celui que les médecins ont l'occasion d'observer, c'est la psychose mythomaniaque.

Il importe de souligner que la production de ces diverses manifestations est facilitée par l'absence de réducteurs (éthisme, jugement) et par contre « activée » par la présence d'adjuvants ou renforçateurs de la tendance morbide. Ainsi : la mythomanie se rencontre de préférence chez des débiles, quoique inconstamment ; l'orgueil lui donne son aspect avide et cupide, cependant que la perversité lui confère un caractère de malignité et de duplicité.

Ce sont, en effet, les « associations constitutionnelles » qui expliquent les variations individuelles du comportement, la forme, l'intensité, la durée, la « qualité » des accidents ; c'est à cause d'elles encore que la personnalité fondamentale du mythomane revêt une apparence si complexe. En prenant soin de discriminer par l'analyse psychologique ce qui appartient aux autres composantes de la personnalité, on doit aboutir à la conclusion que la mythomanie représente essentiellement :

La pathologie de la vanité

Vu le Président,
BEZANÇON.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Nous indiquerons ici, non pas une bibliographie complète, mais seulement les ouvrages ou revues qui ont été utilisés pour la rédaction de cette thèse.

BABINSKI. — 1° Exposé de titres (Masson, 1912).

— 2° Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 16 nov. 1928 (Discussion du procès-verbal).

BABINSKI-FROMENT. — Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe (Masson 1918).

RENÉ BÉNARD. — Société Médicale des Hôpitaux, 19 octobre 1928 et 23 novembre 1928).

RENÉ BÉNARD et ROUQUIER. — Les modifications humo-
rales au cours du pithiatisme grave, Narcolep-
sie pithiatique et encéphalite léthargique. —
Paris-Médical, 1921, p. 217.

BENAN. — Hystérie. Crises et séquelles (Amédée Le-
grand).

CLAUDE. — Définition et nature de l'hystérie (Congrès
des médecins aliénistes et neurologistes, Lau-
sanne, 1907), (Masson).

ACHILLE DELMAS. — La psychologie pathologique de la
guerre. — Revue philosophique, mai, juin
1920 (Alcan).

- ACHILLE DELMAS et MARCEL BOLL. — La personnalité humaine. Son analyse (Flammarion, 1922).
- Sur une nouvelle classification des dispositions affectives-actives fondée sur l'étude des maladies mentales. — Revue Scientifique, 1924, n° 14.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du médecin praticien (Masson, 1922).
- DUMAS. — 1° Troubles nerveux et mentaux de guerre (Alcan, 1917). — 2° Traité de psychologie (2 vol. Alcan, éd.), (surtout article hystérie, tome II, pages 918 à 946).
- ERNEST DUPRÉ. — La constitution mythomaniacque. — Paris Médical, 1911.
- Pathologie de l'imagination et de l'émotivité (Payot, édit., 1925).
- DUPRÉ et LOGRE. — Hystérie et mythomanie. — Congrès d'Amiens, 1912.
- MAURICE DE FLEURY. — 1° L'angoisse humaine (Les Editions de France, 1924. — 2° Les fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent (Hachette 1928).
- GALLOIS. — Le procès de l'hystérie. — Vie Médicale, 1923.
- HARTENBERG. — L'hystérie et les hystériques (Alcan 1910).
- HESNARD. — 1° L'inconscient (Doin). — 2° Les psychoses et les frontières de la folie (Flammarion). — 3° La relativité de la conscience de soi (Alcan). — 4° Les syndromes névropathiques (Syndro-

mes hystériques et pithiatiques, pages 132 à 183), (Doin, 1927).

JANET. — Les médications psychologiques (3 vol. Paris, 1919-1925).

— Les névroses (1924).

— Névroses et idées fixes (2 vol. 1924).

JUMENTIÉ. — Le pithiatisme. — Bulletin Médical, 1923, n° 14.

KAHN (Pierre). — Bulletin Médical, 1923, n° 14.

LAIGNEU-LAVASTINE, BARBÉ, DELMAS. — La pratique psychiatrique. — Baillière, 1929.

LOGRE. — Etat mental des hystériques. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, tome VII, Psychiatrie, 1^{re} partie, pages 312-372, Maloine.

— Hystérie et mythomanie. — Bulletin Médical, 1914, n° 23.

REGIS. — Précis de psychiatrie (Doin 1923).

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE (janvier 1929). — Vers la réhabilitation des hystériques.

SCHAEFFER. — Les idées nouvelles sur l'hystérie. — Presse Médicale, 20 février 1929.

SHYDNER. — Définition et nature de l'hystérie. — Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Lausanne 1907, Masson éditeur.

TINEL, BARUK, LAMACHE. — Crises de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée. — Société Médicale des Hôpitaux, 19 octobre 1928 (Voir Bulletin, 25 octobre).

TASTEVIN. — Les émotions afflictives (Dans Revue des Sciences psychologiques, Marcel Rivière, 1913).

VINCHON. — Hystérie (Stock).

VOIVENEL. — La chasteté perverse (Renaissance du Livre).

TABLE DES CHAPITRES

	Pages
Avant-propos	II
CH. I. — L'évolution des idées au sujet de l'hystérie : De la légende au domaine de la psychiatrie.....	17
CH. II. — Que reste-t-il actuellement de la « Grande Névrose » ? Le caractère « artificiel » de la majorité des syndromes dits hystériques	23
CH. III. — Le Pithiatisme et les états de suggestibilité..	34
CH. IV. — Critique de l'inconscience, de la sincérité et de la suggestibilité des hystériques	49
CH. V. — Critique de l'hyperimaginativité : L'imagination n'est qu'un appoint	59
CH. VI. — Les tentatives récentes de retour aux concep- tions organicistes	68
CH. VII. — L'hystérie est une simulation morbide. Ses manifestations sont conscientes, mais spontanées et impulsives	85
CH. VIII. — Le comportement général des mythomanes. Son étude démontre que le véritable accident hystéri- que n'est qu'un épi-phénomène sur le terrain de la mythomanie	93
CH. IX. — Nature de la Mythomanie : Perversion de notre disposition de « sociabilité », elle représente la pathologie de la vanité	114

CH. X. — Les degrés de la Mythomanie.	
Les Associations constitutionnelles	119
CH. XI. — Essai de classification des manifestations hystériques dans le cadre des manifestations mytho- maniaques	125
Conclusions	135
Bibliographie	141

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
